

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

LE SIGNALEMENT DE CONTEXTES MICRO- ET MACRO-SOCIAUX DURANT
LA RELATION D'AIDE INFIRMIÈRE-CLIENT

par

Diane Prud'homme Brisson

Département d'anthropologie

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
PH.D.
en anthropologie

Juillet 1999

©Diane Prud'homme Brisson



GN

4

U54

1999

V.042

UNIVERSITE DE MONTREAL

LE BREVETEMENT DE BREVETS MARQUE ET MARQUE FOLIOLE
LE BREVETEMENT DE BREVETS MARQUE ET MARQUE FOLIOLE

Émile Paul-Jean Gagnon

Université de Montréal

Le Directeur des études de la Faculté

This document is the property of the University of Montreal
and is loaned to you for your use only.
Bibliothèque de la Faculté de Génie et d'Informatique
Université de Montréal

1999



UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
Faculté des études supérieures

cette thèse intitulée

Le signalement de contextes micro-et macro-sociaux durant la relation
d'aide infirmière-client

présentée par

Diane Prud'homme Brisson

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Président	Kevin Tuite
Directrice de recherche	Pierrette Thibault
Membre du jury	Gilles Bibeau
Examinatrice externe	Monica Heller

Thèse acceptée le :

SOMMAIRE

La relation d'aide est la pierre angulaire du soin infirmier. Toutefois, les infirmières semblent éprouver de la difficulté à communiquer efficacement avec leur client. Les facteurs liés à ce tableau sont les programmes de formation, le niveau des compétences communicationnelles ainsi que certains facteurs personnels. Un discours parallèle déplore cependant la disparité entre les modèles psychologiques de la communication proposés aux infirmières et leur représentation socio-culturelle de ce qu'aider signifie dans leur réalité particulière, ce qui expliquerait en partie leur résistance à utiliser ces modèles.

Notre recherche retrace donc l'émergence de phénomènes révélant la présence d'un modèle social de la relation d'aide dans le discours verbal des aidantes durant une situation de relation d'aide, et nous en proposons une interprétation ethnographique, pragmatique et multi-contextuelle.

L'échantillon se compose de trois étudiantes-infirmières interprétant le rôle d'intervenante, en milieu de laboratoire, auprès de quatre étudiantes-infirmières leur donnant la réplique à titre d'aidées, et ce, à partir de quatre scénarios inventés par la chercheure.

Nous avons observé la manifestation de deux phénomènes communicationnels d'intérêt: celui du maintien du silence par chacune des locutrices sur la situation de jeu de rôle et celui des références des intervenantes à la production de la parole pour signaler la relation d'aide et les contextes macro-sociaux. Dans le premier cas, il apparaît que le silence joue un rôle pragmatique régulateur essentiel dans les interactions enregistrées. Le jeu de rôle exige une transformation du cadre de l'activité de la relation d'aide et le maintien du silence sur le caractère fictif de l'événement en est la forme pragmatique conditionnelle. Quant aux références à la production de la parole, elles permettent aux aidantes d'affirmer leur expertise tout en établissant la responsabilité des aidées durant les entretiens. Cette même faculté de produire de la parole est également associée par les aidantes à l'apparition du problème des aidées, et elle est également présentée comme une stratégie de sa solution. Les trois intervenantes ont également proposé aux aidées de produire de la parole dans le cadre d'une rencontre ultérieure de relation d'aide. En se référant systématiquement

à la faculté humaine consistant à parler, les intervenantes renvoient une représentation essentiellement multi-contextuelle et sociale de la communication durant la relation d'aide.

Les retombées de notre démarche touchent particulièrement les disciplines de l'ethnologie de la communication, de la psychologie ainsi que celle des soins infirmiers. Notre recherche confirme l'importance du silence et de la parole dans le déroulement de certaines activités humaines et des relations s'y déroulant. Nous supportons la proposition qu'il n'existe pas de cloisonnement hermétique entre les contextes micro- et macro-sociaux. Nos résultats montrent que le soulagement psychologique des aidées est envisagé par les intervenantes comme résultant de stratégies parolières ancrées socialement, par opposition à des approches visant la connaissance de soi et la réflexion personnelle. Quant aux sciences infirmières, notre recherche penche vers un élargissement des modèles strictement individuels et psychosociaux de la communication pour capter une dimension de l'aide ancrée dans le savoir culturel des aidants.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE I LA PROBLÉMATIQUE ET LE CADRE THÉORIQUE	7
1.1 La communication et la relation d'aide infirmière-client	7
1.2 La communication de l'infirmière	9
1.2.1 L'habileté à communiquer	9
1.2.2 La formation infirmière	13
1.2.3 Le facteur psychologique intra-personnel	16
1.3 Les assises psychologiques de la communication infirmière-client	19
1.3.1 Les optiques psychanalytique, interpersonnelle et humaniste	19
1.3.2 La conception psychologique de la relation d'aide	21
1.3.3 Les limites conceptuelles de l'optique psychologique	25
1.4 Les assises sociales de la communication infirmière-client	26
1.4.1 Les assises socio-culturelles de la communication	27
1.4.2 La conception socio-anthropologique de la communication	28
1.4.3 Les limites conceptuelles de l'optique sociale	30
1.5 Les assises pragmatiques et systémiques de la communication infirmière-client.	32
1.5.1 Les optiques systémiques et pragmatiques	33
1.5.2 La conception systémique et pragmatique de la communication en sciences infirmières	34
1.5.3 Les limites conceptuelles	35
1.6 Les assises métacommunicationnelles	36
1.6.1 L'optique métacommunicationnelle	36
1.6.2 La méta-communication appliquée aux sciences infirmières	37
1.7 L'examen multi-contextuel de la communication infirmière-client durant la relation d'aide	38
1.7.1 La communication et le langage	39
1.7.2 La situation et les contextes	42
1.7.3 Le cadre multi-situationnel de la communication durant la relation d'aide infirmière-client	44

CHAPITRE II LA MÉTHODOLOGIE	45
2.1 Le contexte de la recherche	46
2.2 Le plan de la recherche	47
2.2.1 L'échantillonnage	47
2.2.2 Les scénarios	50
2.2.3 L'enregistrement des entrevues	51
2.2.4 Le jeu de rôle	52
2.2.5 La transcription des entrevues	56
2.3 L'émergence des thèmes de la recherche	57
 CHAPITRE III LE SILENCE: UNE RÉFÉRENCE PRAGMATIQUE AU JEU DE RÔLE	61
3.1 Les allusions indirectes au jeu de rôle	62
3.2 La définition pragmatique du silence	63
3.3 Le silence entourant la situation micro-sociale du jeu de rôle.	65
3.4 Le silence entourant le contexte méso-social du jeu de rôle	69
3.5 Le silence entourant le contexte macro-social du jeu de rôle.	73
 CHAPITRE IV LA RÉFÉRENCE À LA PRODUCTION DE LA PAROLE ET LA SIGNALISATION DE CONTEXTES ET DE RELATIONS INTERPERSONNELLES	78
4.1 Les termes de référence à la production de la parole	80
4.2 La référence à la production de la parole dans le cadre de la relation d'aide	84
4.2.1 La référence à « Je dis »: signalisation du rôle de l'aidante durant l'entrevue	85
4.2.1.1 Les intervenantes en relation avec A_1	86
4.2.1.2 Les intervenantes en relation avec A_2	89
4.2.1.3 Les intervenantes en relation avec A_3	92
4.2.1.4 Les intervenantes en relation avec A_4	94
4.2.2 La référence à « tu dis »: signalisation du rôle de l'aidée durant l'entrevue	97
4.2.2.1 Les intervenantes en relation avec A_1	98
4.2.2.2 Les intervenantes en relation avec A_2	100
4.2.2.3 Les intervenantes en relation avec A_3	102

4.2.2.4	Les intervenantes en relation avec A_4	104
4.2.3	Références à la production conjointe de parole: « nous disons »	112
4.2.4	Les références à la production impersonnelle de la parole	114
CHAPITRE V LA RÉFÉRENCE À LA PRODUCTION DE LA PAROLE: SIGNALISATION		
DE CONTEXTES EXTÉRIEURS À LA SITUATION DE LA RELATION		
	D'AIDE	116
5.1	La parole produite dans l'histoire problématique de l'aidée	116
5.1.1	Les références à la parole produite par l'aidée	117
5.1.1.1	Le contexte institutionnel	118
5.1.1.2	La dyade infirmière-cliente	122
5.1.1.3	Le contexte familial et de couple	124
5.1.2	La parole produite par l'environnement social	127
5.1.2.1	Le contexte institutionnel	128
5.1.2.2	La dyade infirmière-cliente	129
5.1.2.3	Le couple, la famille et le médecin	131
5.2	Les références à la production de parole comme une solution au	
	problème présenté par l'aidée	135
5.2.1	Les intervenantes en relation avec A_1	137
5.2.2	Les intervenantes en relation avec A_2	139
5.2.3	Les intervenantes en relation avec A_3	141
5.2.4	Les intervenantes en relation avec A_4	143
5.3	La référence à une situation ultérieure de parole	146
CHAPITRE VI CONCLUSIONS GÉNÉRALES		
6.1	Les thèmes de la recherche	151
6.2	Les cadres conceptuels	156
6.2.1	L'approche multi-contextuelle	156
6.2.2	L'approche pragmatique et la métacommunication	158
6.3	Les critères méthodologiques	160
6.4	Les retombées de la recherche	161
RÉFÉRENCES		166

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU I	PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS	47
TABLEAU II	CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES DES INTERVENANTES	49
TABLEAU III	FRÉQUENCE DES TOURS DE PAROLE EN FONCTION DES INTERACTIONS ENTRE LES INTERVENANTES ET LES AIDÉES.	61
TABLEAU IV	FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES À LA PRODUCTION DE LA PAROLE SELON LE CONTEXTE.	83
TABLEAU V	FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES À « JE DIS »	85
TABLEAU VI	FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES À « TU DIS »	97
TABLEAU VII	FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES À « NOUS DISONS »	112
TABLEAU VIII	FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES À UN LOCUTEUR INDÉFINI	114
TABLEAU IX	FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES À LA PAROLE DE L'AIDÉE DANS LE CONTEXTE DE SON HISTOIRE PROBLÉMATIQUE	117
TABLEAU X	FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES PRODUITES PAR L'ENVIRONNEMENT SOCIAL	127
TABLEAU XI	FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES À LA PRODUCTION DE LA PAROLE COMME SOLUTION AU PROBLEME DE L'AIDÉE	135
TABLEAU XII	FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES À UNE SITUATION ULTÉRIEURE DE PAROLE	146

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I	CONSENTEMENT DES SUJETS À LA RECHERCHE	181
ANNEXE II	SCÉNARIOS PROPOSÉS AUX AIDÉES	183
ANNEXE III	RÉPERTOIRE DES RÉFÉRENCES À LA PRODUCTION DE PAROLE	190

REMERCIEMENTS

En plus d'être le produit des efforts persistants d'un chercheur, la création d'une thèse s'accomplit par la collaboration des personnes qui l'entourent et l'encouragent.

Premièrement, je tiens à remercier très sincèrement ma directrice, Pierrette Thibault, pour son indéfectible support, ses précieux conseils et pour avoir si généreusement partagé avec moi sa rigueur scientifique.

Je tiens à remercier du plus profond de mon cœur mon mari, Fernand, dont le support constant, appuyé de ses connaissances en traitement de textes a grandement assisté mon cheminement.

Je veux aussi dire merci à mes parents, Jeanne d'Arc et Jacques, pour le goût du travail qu'il m'ont inculqué et sans lequel l'achèvement d'une telle entreprise serait restée impossible.

Enfin, je reconnais ici la contribution essentielle des participantes à mon étude, qui ont consenti à assumer un rôle dans des scénarios de relation d'aide. Leur curiosité, leur enthousiasme et leur persistance ont rendu possible ma quête de savoir sur la communication infirmière-client.

INTRODUCTION

Notre expérience de plus de vingt-cinq ans comme professeure en sciences infirmières, tant au niveau universitaire que collégial, nous a permis de constater le défi posé par l'acquisition et la rétention des stratégies de communication propres à la relation d'aide infirmière-client. La formation dans ce sens vise l'apprentissage à l'écoute de l'autre et à la saisie de ses perceptions, sentiments, valeurs et besoins individuels. Cet apprentissage s'effectue graduellement par un entraînement à la réflexion personnelle et à la connaissance de soi ainsi que par des exercices de communication systématiques en laboratoire et durant des expériences cliniques. Nous avons ainsi noté que plusieurs de nos étudiantes sont à la fois étonnées et intriguées durant leur initiation aux attitudes et aux pratiques associées à la relation d'aide, bien qu'elles en saisissent au plan cognitif les assises théoriques. Entre autre, elles rapportent leur malaise face à des façons de faire qui leur semblent étrangères à la notion même d'expertise professionnelle.

Le point culminant de cette formation se concrétise durant l'expérience clinique du soin psychiatrique, qui s'effectue, comme c'est le cas dans notre École durant la troisième année. Pendant celle-ci, l'étudiante est censée apprendre et appliquer les théories et approches l'amenant à s'investir dans une relation thérapeutique auprès de patients qui composent avec la maladie mentale ou avec une situation de crise. Il est attendu qu'une fois son stage complété, l'apprenante sera en mesure d'appliquer à d'autres situations relationnelles les habiletés développées durant cette expérience où la communication est primordiale. Nous reconnaissons pourtant chez plusieurs de nos étudiantes l'estompage de l'apprentissage communicationnel lorsque nous les observons ultérieurement en d'autres circonstances interactives. Par surcroît, la communication thérapeutique est peu évaluée en tant que telle durant les stages subséquents, la priorité étant donnée à la consolidation des acquis sur la démarche infirmière, à la pratique des soins complexes et au développement du jugement professionnel dans ces conditions.

C'est pourquoi la littérature faisant état de la difficulté des infirmières à communiquer avec leurs patients une fois graduées nous étonne somme toute peu. Il y est rapporté, par exemple, que les approches utilisées par les infirmières ont pour effet de décourager plutôt que de faciliter la communication avec leur patients (Macleod Clark, 1985) et qu'elles ont fortement tendance à poser des questions fermées et tendancieuses

(Maguire, 1985). Déjà, Kalish (1971) et La Monica (1976) avaient observé, chez les infirmières, un faible taux d'empathie, en dépit d'une formation à cet effet.

Ce qui nous étonne davantage, cependant, ce sont certaines des raisons invoquées pour expliquer la dite lacune. À ce chapitre, Carlson (1984) cerne le concept de soi des infirmières qui étant, selon lui, construit sur un désir de plaire et de servir, exerce ultimement un effet négatif sur leur capacité de communiquer, alors que Macleod (dans Jarrett et Payne, 1995. p. 73) pointe directement l'incapacité verbale comme telle des infirmières. Il nous semblait difficile de rattacher cette tendance à vouloir servir et à plaire à une incapacité de se centrer sur les besoins des autres. Et nous ne pouvions pas non plus nous réconcilier avec l'idée d'une inaptitude verbale inhérente à notre population étudiante. Car s'il est une qualité que nos jeunes étudiantes possèdent, c'est bien celle de parler, ainsi que nous l'observons durant les classes ou lorsque la chance leur est donnée de le faire. Généralement, les étudiantes à qui nous enseignons sont de jeunes femmes bien adaptées à leur environnement ^{meurt} social, ayant accumulé des moyennes d'admission comparables à celles des étudiants des autres facultés. L'idée d'une quelconque inaptitude verbale ainsi attribuée à un groupe n'a aucun sens à nos yeux.

Plus crédibles, d'après nous, sont les écrits déplorant le manque de formation systématique à la relation d'aide et à la communication sous-jacente (Browning et Campbell, 1987). En effet, nos étudiantes se plaignent souvent de devoir interrompre un stage ou un laboratoire sur la communication alors qu'elles commencent à peine à mieux performer. La croyance que la communication est un art qui s'apprend, qu'il s'étoffe par la pratique et qu'il peut être enseigné accorde de la vraisemblance à l'appel pour une formation supplémentaire. Toutefois, les remarques comme celles de Dickson et al (1989) et Ivey et Authier (1978) montrant que l'amélioration de la performance à communiquer après une formation dans ce sens est, à toute fin pratique, inévitable, comme l'est également l'érosion de cet apprentissage une fois la formation terminée, nous ont incitée à chercher ailleurs des pistes suggérant des facteurs complémentaires liés aux difficultés d'apprentissage et à la faible rétention des habiletés de communication infirmière-client.

Nous avons l'impression d'une désagréable circularité, jusqu'à ce que nous ayons été captivée par une littérature encore marginale, qui apportait un regard différent sur la problématique de la communication infirmière-client. Dans ce discours, c'est le modèle de la relation d'aide, celui-là même qu'on transmet aux psychologues, travailleurs sociaux et

infirmières, qui était pointé comme faisant partie de la problématique. Selon Cormack (1985) et Fielding et Llewelyn (1987) ce n'est pas la capacité de communication de l'infirmière avec son client qui est en cause. Il s'agirait plutôt, selon le premier, de l'incompatibilité de ce modèle de relation d'aide avec la particularité de la réalité infirmière et, selon les seconds, de l'opposition de ce même modèle avec des valeurs culturelles profondément ancrées chez les infirmières, donc présentes durant leur formation. Ainsi, l'apprentissage et la rétention des habiletés communicationnelles s'en trouveraient minés dès le départ.

Ceci nous a donc motivée à revoir la communication infirmière-client et celle des novices s'y formant dans une optique autre que celle surtout répertoriée dans la littérature. Et nous nous sommes alors demandée s'il nous était possible de reconnaître la présence d'un tel « autre » modèle, d'observer l'émergence de phénomènes nous en révélant la présence et de les interpréter le cas échéant. Pouvions-nous observer en action ce modèle avant même la graduation des infirmières, donc durant leur formation? Existe-t-il un modèle de relation d'aide ancré dans les valeurs culturelles, ainsi que le croyaient Fielding et Llewelyn, qui pourrait influencer la nature des échanges verbaux durant la relation d'aide infirmière-client? Pouvions-nous saisir des éléments qui nous permettraient de comprendre, finalement, de nouveaux indices de ce qui se passe durant une relation d'aide infirmière-client?

Pour tenter de répondre à nos questions, nous avons opté pour un examen ethnographique de la communication telle qu'elle se déroule durant une situation de relation d'aide. En nous éloignant des notions déjà abordées dans la littérature, où l'évaluation des attitudes et aptitudes de communication des infirmières et étudiantes-infirmières sont faites à partir d'un paradigme psychologique de la relation d'aide, nous croyions pouvoir aborder l'émergence de phénomènes interactifs différents. Selon un tel paradigme, les interactions représentent pour les participants autant d'événements leur permettant simultanément de se positionner les uns par rapport aux autres en se transmettant une variété d'informations. Cette transmission se fait par une multitude de moyens symboliques et symbolisés et le langage est de cet ordre. Pour Sapir (1968), ce dernier constitue la forme spécialisée du comportement symbolique dont le but est d'articuler, de rationaliser le contenu total des actes de la communication. Selon nous, il nous fallait reproduire un événement de communication infirmière-client nous permettant d'observer le langage prononcé par les participantes en tant que source première de données, une sorte de terrain pouvant nous

révéler la présence chez l'aidante d'un modèle de communication par le biais de ses pratiques langagières.

L'examen de cette question nous apparaît essentielle devant le constat de la difficulté de communiquer imputée aux infirmières et face aux expériences montrant le faible succès des programmes de formation. Il faut peut-être ouvrir une voie alternative qui permette aux infirmières de développer leur communication à partir de leurs représentations, en autant que ces dernières mènent à un soin que le client valorise et par lequel il peut être en meilleure santé. Devant le virage ambulatoire et le retour aux soins à domicile, secteurs où les infirmières sont traditionnellement présentes, les occasions de communication avec les clients et leurs familles sont illimitées et très complexes, les problèmes bio-psycho-sociaux qu'elles y rencontrent étant difficilement dissociés. Nous croyons qu'un modèle de communication trop insensible à une vision culturellement ancrée est voué à être mal ou peu appliqué, laissant ainsi les infirmières démunies. Mais si nous leur apportons des angles d'approche qui les rejoignent tout en les habilitant à mieux communiquer, nous les préparons à aider.

Pour ce, l'étude des représentations de ce qu'est la communication infirmière-client au moment où elle se joue nous semble être une étape préliminaire fondamentale. Nous l'avons observée en mettant au point des jeux de rôles impliquant des étudiantes seniors et des débutantes. La recherche que nous avons entreprise dans cette optique nous a révélé la présence d'une communication infirmière-client riche en dimensions. Les situations analysées dans ce qui suit nous sont apparues comme étant des moments intenses d'interactions alors que les intervenantes partagent ce que l'événement signifie pour elles, en émettant des actes de parole en conséquence. Surprenants sous certains angles, et pourtant solidement appuyés par des théories sociales de la communication, les échanges que nous rapportons reflètent une vision ethnographique multicontextuelle de la communication infirmière-client dans le cadre de la relation d'aide.

Chacune des interactions (un total de douze rencontres) a été analysée en tant qu'événement de communication. Nous avons choisi d'en examiner deux aspects centraux: la structuration de cet événement dans le cadre du jeu de rôle et les mentions que font les intervenantes des paroles produites aussi bien par elles-mêmes que par les interlocutrices et leur entourage dont elles relatent les propos.

Dans le chapitre I, nous développons donc la problématique et les cadres théoriques de notre étude. Particulièrement, nous y expliquons la nature de la relation d'aide infirmière-client, ses principes et les modèles actuels qui guident la formation des infirmières à ce niveau. Nous ciblons la problématique à l'effet que la communication infirmière-client reste nébuleuse pour qui veut comprendre son déroulement sous des angles exclusivement psychologiques, et ce, en explorant des cadres sociologiques complémentaires de nature ethnosociale s'y rattachant. À ce niveau, nous soulevons les assises pragmatiques de notre démarche et en précisons les relations théoriques avec le comportement langagier perçu comme un acte de parole qui est ensuite abordé dans sa caractéristique multicontextuelle. Nous terminons en présentant les objectifs envisagés dans le cadre de notre recherche.

Notre deuxième chapitre, quant à lui, traite des éléments méthodologiques de notre étude. Nous expliquons le plan de notre recherche, lequel rend compte de notre utilisation du jeu de rôle comme terrain crédible pour la collecte de nos données, en plus de présenter les caractéristiques de notre échantillon et la construction des scénarios servant de motifs aux consultations. Nous expliquons le filmage des événements ainsi que notre transcription des dialogues. Nous terminons en proposant le squelette du plan et contenu de notre analyse de ce qui constituera notre corpus de données.

Le troisième chapitre rapporte l'une de nos premières constatations, celle du silence que nous avons observé au sujet du jeu de rôle. Alors que nous tentions de repérer des actes de parole signalant que la situation d'aide était un événement fictif, nous avons noté qu'il n'y avait pour ainsi dire pas de divulgation explicite du fait que la situation était un jeu. Nous proposons donc ici une ethnographie de cette omission, en adoptant des cadres multicontextuels et pragmatiques pour en interpréter le sens. Il apparaît que le silence joue un rôle pragmatique régulateur essentiel dans les interactions enregistrées.

Nous présentons dans le chapitre IV notre interprétation des références à la production de la parole dans le cadre immédiat de l'événement de relation d'aide. Comme sous-catégories, nous décrivons les références par lesquelles l'intervenante cible sa propre production de la parole, soit le « moi qui parle », et celle où elle se réfère à la parole de l'aidée, le « toi qui parles », puis celle qui est produite conjointement par les co-locutrices, représenté par le « on parle » et finalement les rares instances où la référence marque la parole produite dans un mode indéfini. De telles références semblent révéler l'existence de

rapports particuliers caractérisant les interactions face à face observées dans le cadre de notre étude.

Dans le chapitre V nous abordons les contextes débordant de la situation immédiate ayant été également signalés par les références à la production de la parole. Nous nous penchons en premier lieu sur l'énoncé de la situation problématique ayant justifié la demande d'aide, qui correspond aux références à la parole déjà produite antérieurement par l'aidée et son entourage. Ensuite, nous abordons le contexte où la solution du problème est reliée par les intervenantes à la parole à produire par l'aidée et son entourage. Finalement nous présentons les références à un contexte ultérieur de production de parole entre l'intervenante et l'aidée, celui de la tenue d'une deuxième rencontre semblable à celle-ci où les interactants échangeront à nouveau de la parole.

Globalement, nous espérons montrer dans quelle mesure les références à la production de la parole signalent l'image que se font les intervenantes des contextes micro- et macro-sociaux de la relation d'aide ainsi que de l'établissement des relations interpersonnelles qui s'y nouent. Nous analysons les actes de parole des intervenantes que sont les références dans une optique pragmatique et en insistant sur leur connotation métacommunicationnelle.

CHAPITRE I

LA PROBLÉMATIQUE ET LE CADRE THÉORIQUE

1.1 La communication et la relation d'aide infirmière-client

De nombreux programmes déterminent le contexte global et particulier des activités sociales, au nombre desquelles s'insèrent la distribution, par des professionnels, de soins de santé à une population donnée. Plusieurs de ces professionnels, chapeautés par leurs formations propres et les connaissances de leurs disciplines respectives, sont des acteurs sociaux qui communiquent régulièrement en situation de face à face avec l'utilisateur de leurs services. Il s'agit ici, selon l'expression de Ellis et Whittington (1981) de professions « inter-personnelles ». Il est pris pour acquis que ces praticiens ont appris, durant leur formation, l'art de communiquer correctement pour rendre leur service.

De par sa position au sein de l'équipe inter-disciplinaire, et la nature des systèmes de distribution des soins de santé, le corps infirmier est souvent celui qui passe le plus de temps auprès de la clientèle. En effet, dans les milieux hospitaliers, où travaillent environ 70% des infirmiers et infirmières, ainsi que dans les centres d'accueil et maisons pour personnes âgées, le personnel infirmier côtoie les bénéficiaires vingt-quatre heures par jour. Les occasions d'interactions sont donc nombreuses, et la nécessité d'entrer en contact de façon aidante fait partie de la responsabilité de l'infirmière.

L'importance de cette capacité d'entrer en communication se fait également sentir dans tous les autres cadres d'exercice de l'acte infirmier, tels que les cliniques externes et les centres de santé communautaire. Nombreuses sont les infirmières impliquées dans les soins à domicile, les bureaux de santé des entreprises, écoles, collèges et universités, les programmes communautaires de promotion de la santé et de prévention de la maladie, les cabinets de médecins, cliniques de la rue, centres d'hébergement, etc... De plus, plusieurs infirmières, après une formation supérieure, offrent des services professionnels de

counseling et de psychothérapie, que ce soit en pratique privée ou dans des centres multidisciplinaires variés.

Le fait est que la qualité du soin infirmier repose, dans une large mesure, sur l'habileté d'élocution de l'infirmière qui l'applique non seulement pour entrer en contact avec le client et sa famille et créer avec eux une relation de confiance, mais aussi comme outil d'inventaire et de validation à l'intérieur d'une démarche systématique menant vers l'implantation d'un plan de soins personnalisé (Varcoe, 1996). C'est en communiquant que l'infirmière recueille les données pertinentes, prodigue l'enseignement souhaité, et fournit un encouragement et un accompagnement précieux pendant des moments heureux ou pénibles de la vie, y compris l'expérience de la mort.

Cette vision disciplinaire de la communication n'est évidemment pas du domaine exclusif des soins infirmiers. La notion d'aide se retrouve également dans d'autres genres de situations impliquant de nombreuses professions de la santé, par exemple la médecine, le travail social, l'ergothérapie, la physiothérapie, ainsi que les services de nature strictement psychologique comme le counseling, la psychothérapie et les sessions de croissance personnelle. Il est présupposé qu'un type particulier de communication doit prévaloir pour favoriser l'atteinte des objectifs professionnels.

L'activité de relation d'aide entoure, en même temps qu'elle détermine, le type de communication propre à la relation infirmière-client. Celle-ci se construit par une suite d'interactions dont l'objet est de faciliter chez le client une expérience totale et positive, quel qu'en soit le cadre d'application. Bien que le rattachement à la notion d'aide révèle une association historique, et encore actuelle, entre « aide », « psychothérapie » et « communication thérapeutique », et que les théoriciennes de la communication en sciences infirmières aient d'abord dégagé leur conception de la communication à partir de situations de soins psychiatriques, la réflexion en sciences infirmières à ce sujet s'est élargie durant les dernières décennies. Il est aujourd'hui admis que le soin infirmier répond non seulement aux besoins physiques des clients, mais également à leurs besoins psycho-sociaux et spirituels (Roy et Andrews, 1999). Le soin est donc de nature psycho-sociale, en ce que les interventions infirmières soutiennent les personnes aux prises avec les composantes émotionnelles de la maladie, lors des périodes critiques de leur développement, et durant des moments de crise physique et mentale. Gorman, Sultan et Raines (1996) décrivent le

soin psycho-social dans une approche ciblant les effets du stress sur le fonctionnement intra-psychologique et social de la personne.

L'on comprendra qu'une telle conception prescrit une formation particulière. Conséquemment, les programmes d'étude entreprennent d'habiliter les étudiantes et étudiants à mettre en oeuvre des pratiques reflétant les assises de la relation d'aide et du soin psycho-social. Ce but est pourtant compromis lorsqu'il apparaît que les infirmières, une fois graduées, ont du mal à appliquer les principes de la communication et du soin psychosocial de façon à établir une relation d'aide avec leurs clients.

1.2 La communication de l'infirmière

Depuis les dernières décennies, la communication interpersonnelle est perçue par les membres de la discipline comme étant une condition sine qua non du soin infirmier, sa pierre angulaire et son véhicule essentiel (Adam, 1979; Chehy Pilette, Berck et Achber, 1995; Sundeen et al. 1989). Il reste cependant que plusieurs auteurs déplorent la médiocre qualité de la communication infirmière-client (Lindström, 1995; Lyall, 1990; Maguire, 1985; Kratz, 1984; Carlson, 1984, Macleod Clark, 1985). Après avoir, soit administré des questionnaires sur les attitudes des infirmières, soit observé et enregistré leurs conversations avec les clients ou avec de « pseudo » clients, ou les avoir observées durant des jeux de rôle, ces auteurs ont rapporté le peu de temps consacré à parler aux patients ainsi que la difficulté à mettre en pratique les fondements d'une communication menant à l'établissement d'une relation d'aide. Globalement, les facteurs associés à cette difficulté seraient le manque d'habiletés, l'impropriété de la formation ainsi que certains traits de la personnalité. Nous entreprenons dans ce qui suit une revue analytique de la littérature traitant de ces facteurs.

1.2.1 L'habileté à communiquer

Ainsi, la piètre qualité de la communication infirmière-client relèverait surtout du manque d'habiletés conversationnelles de l'infirmière (Wilkinson, 1991; Maguire, 1985;

Lanceley, 1985; Macleod Clark, 1985; Webster, 1981). Tout particulièrement, Wilkinson (1991) rapporte que les commentaires de l'infirmière ont pour effet de bloquer la communication en ne tenant pas compte de ce que les patients disent, et Lanceley (1985) déduit que les infirmières tentent en fait de contrôler le processus de la communication. Sans grandes habiletés communicationnelles, que Macleod (1982, cité dans Jarrett et Payne, 1995, p.73) situe précisément au niveau de l'aptitude verbale, l'infirmière ne peut développer une relation d'aide, ni obtenir toute l'information voulue pour établir un plan de soins individualisé, donc efficace (Faulker, 1981). Macleod Clark (1985) constate, quant à elle, que les infirmières ont tendance à décourager la communication en posant des questions fermées et tendancieuses, ce qui limiterait grandement les options de communication des clients, et que les réponses qu'elles donnent aux clients sont vagues et banales.

Hagan (1991) a rapporté le manque d'intérêt chez les infirmières pour les aspects psycho-sociaux du soin. Les infirmières consacraient, semble-t-il, peu de temps en interaction avec leurs patients (Macleod Clark, 1981; Freund, 1969). Il est déploré que les infirmières, même les plus expertes, sont presque exclusivement préoccupées par les questions de nature physique (Greenwood et King, 1995; Corner et Wilson-Barnett, 1992), restant de ce fait imperméables aux aspects psychologiques pourtant inhérents à l'établissement d'une relation d'aide. Ceci est souvent interprété comme étant un signe de leur évitement des dimensions psychosociales de leurs soins (Greenwood et King, 1995; Dickson et al, 1989), ou encore de leur faible valorisation de l'acte de parler au client (Maguire, 1985). Nous avons noté une certaine dévalorisation de la communication infirmière accomplie dans le cadre de soins physiques, comme si ces derniers représentaient une barrière à l'atteinte d'un niveau plus élevé de communication.

Cependant, Cormack (1985) voit le problème sous un angle fort différent, soulevant que ce qui semble être en jeu, ce n'est pas vraiment l'incapacité comme telle des infirmières à communiquer, mais plutôt la présence chez elles d'une résistance à appliquer une approche structurée et formelle de la relation d'aide, à l'image de celle pratiquée par les travailleurs sociaux et les psychologues, laquelle ne correspondrait pas à la réalité du soin infirmier fort mal comprise. Bottorff, Gogag et Engelberg-Lotzkar (1995), et Heslim et Bramwell (1989) ont montré que l'infirmière utilisait le contexte des soins physiques pour reconforter efficacement les clients, alors que Teasdale (1995) relève les approches

rassurantes, fréquentes et efficaces actualisées par les infirmières, ainsi que l'éminence de leur communication non-verbale durant la prestation de soins physiques.

Il semble donc approprié ici d'ouvrir le cadre à l'intérieur duquel le terme de communication dans la relation d'aide peut s'envisager. Tel que le remarque Teasdale (1995), les pratiques infirmières trop rapidement rassurantes et jugées par plusieurs comme étant peu aidantes et peu thérapeutiques, sont à réexaminer, car elles seraient finalement valables pour soulager les patients, même si elles ne répondent pas aux préceptes reçus de la communication thérapeutique. En effet, tout se passe comme si les infirmières avaient tendance à appliquer des mesures de réconfort qui ne se distinguent pas vraiment de celles utilisées par la famille, ou par les clients eux-mêmes (Collins et al, 1994). En d'autres mots, leurs approches se compareraient davantage à celles qu'appliquent les patients dans leur vie quotidienne qu'à celles dites thérapeutiques ou aidantes découlant des modèles plus psychologiques et psychosociaux enseignés durant leur formation. S'il y a, selon Cormack (1985), résistance, celle-ci pourrait bien être la résistance des infirmières à la spécialisation de la communication véhiculée par les programmes de formation infirmière. Il est admis que l'apprentissage de la communication dans le cadre de la relation d'aide, c'est-à-dire celui de stratégies empathiques, ouvertes et chaleureuses, exemptes de réponses toutes faites et de stéréotypes, demande un profond changement personnel chez l'étudiante. Il s'agit pour elle d'apprendre à mettre en arrière-plan culturel, les présupposés qui la définissent, et qui se manifestent spontanément dans ses interactions sociales, et d'adopter en peu de temps de nouveaux programmes d'interventions, un répertoire langagier spécialisé qui sectionne le fil des conventions établies. C'est peut-être à ce niveau que s'agrafe le noeud de la résistance aux habilités de communication proposées.

En somme, la pratique de la communication infirmière peut s'inscrire dans un cadre différent des modèles reçus, et néanmoins être efficace pour répondre aux besoins de plusieurs clients. Sperber et Wilson (1986), Gumperz (1989 a) parmi d'autres, ont élargi le cadre « codage-décodage » de la communication, en y greffant une fonction référentielle centrale, où les significations sont proposées au client à l'aide de gestes et de mots dont la portée est souvent difficile à évaluer, et qui doit être, selon Teasdale (1995) interprétée en fonction de facteurs contextuels. D'ailleurs, les banalités verbales reprochées aux infirmières s'inscrivent peut-être à un autre niveau de langage. Leur utilisation, par exemple, de l'humour pour minimiser ou exagérer les propos de certains clients est, d'après Teasdale, très adéquatement interprétée et acceptée par les clients de son étude, comme constituant

une réelle tentative pour les reconforter. Il se peut également que l'infirmière, impliquée dans des soins intimes et de nature physique, utilise davantage ce que Malinowski (1974) a appelé une communication phatique, où les propos en apparence sans fonction réelle, n'en sont pas moins essentiels à la création d'une atmosphère sécurisante de communication. Encore ici, l'absence de spécialisation du message phatique passerait inaperçu à l'œil du chercheur qui, en quête des indices de communication appartenant à des cadres conceptuels psychologiques, pourrait malencontreusement confondre médiocrité et différence.

On ne peut donc s'étonner que le langage des infirmières soit à ce point centré sur les besoins physiques, quand on connaît l'importance du corps dans toute société, particulièrement pour un malade. Cette observation va également dans le sens du discours d'Edwards (1976) et de Goffman (1988) pour qui la situation immédiate exerce une forte contrainte sur le style de langage qui sera utilisé durant l'interaction. Aussi, dans une situation à référent physique, on peut logiquement s'attendre à ce que l'infirmière utilise un langage plus spontanément focalisé sur ce niveau que sur celui de la psychologie individuelle, plus diffuse. L'analyse d'une situation doit donc se construire en tenant compte non seulement des circonstances immédiates de l'événement de parole, mais également du contexte socio-culturel dans lequel il se produit. L'analyse strictement dyadique serait donc illusoire, puisque ne pouvant mener à une réelle compréhension des phénomènes en cours.

Donc le lien tracé entre la médiocre communication des infirmières et leur manque d'habileté à communiquer est plutôt équivoque. Si la pertinence du comportement de communication est évaluée en relation avec les attentes créées par les paradigmes actuels de la communication, lesquels sont enseignés durant la formation, force est de conclure en effet qu'il existe une lacune dans l'habileté communicationnelle des infirmières. Si, par contre, la réflexion se fait aux niveaux des habiletés, et de leur signification pour les infirmières comme le suggère Cormack (1985), il convient alors de regarder de plus près les paradigmes proposés, et de suggérer un examen plus élargi et complémentaire du phénomène de la communication infirmière-client.

1.2.2 La formation infirmière

Un deuxième facteur fréquemment associé à la faible performance communicationnelle de l'infirmière est celui de son manque de formation pour cet aspect particulier. Selon Fallowfield (1983, citée par Jarrett et Payne, 1995, p.73), la formation à la communication aidante est devenue partie intégrante des programmes de formation des infirmières offerts dans les collèges et universités, l'hypothèse étant que le type de communication qu'il faut pour offrir un soin de qualité doit et peut s'apprendre (Sundeen et al, 1989; Kagan, 1985; Lazure, 1987; Chalifour, 1989; Héту, 1994). Il fut ainsi conclu que le manque d'application des habiletés de communications relevait d'une lacune dans les programmes de formation à cet effet (Davies, 1976; Browning et Campbell, 1987). Il fut admis que l'enseignement seul des habiletés n'en assurait pas la pratique (Rickert, 1981, dans Heaven et Maguire, 1996, p.280), et qu'il fallait miser plutôt sur un entraînement systématique aux habiletés relationnelles (Héту, 1994; Parathian et Taylor, 1993; Wilkinson, Maguire et Trait, 1988; Banister et Kagan, 1985). Or Hussey (1981, citée par Faulkner, 1985, p.66) a depuis quelque temps déjà rapporté que les professeurs elles-mêmes se sentaient mal à l'aise avec les méthodes d'enseignement expérientielles qui facilitent l'apprentissage de la communication.

Or, les résultats de recherches orientées vers l'acquisition des stratégies de communication par le biais d'un entraînement formel et d'une pratique accrue ne sont pas non plus très concluants. Si des apprentissages réels ont été rapportés, par exemple chez les étudiantes-infirmières (Ivey et Authier, 1978), et chez les infirmières oeuvrant dans des résidences pour personnes âgées (Heaven et Maguire, 1996), l'effet de l'enseignement semble s'estomper avec le temps (Daniels et al. 1988; Maguire et al, 1986) et l'apprentissage effectué apparaît passablement compartimenté. Par exemple, Heaven et Maguire (1996) montrent que si les infirmières peuvent, à la suite d'une formation, augmenter leurs fréquences d'utilisation des questions ouvertes et introduire des thèmes psychologiques, elles n'arrivent pas à appliquer ces aptitudes nouvellement acquises pour identifier les préoccupations de leurs clients, ni pour les inciter à les exprimer, ce qui fait conclure à Heaven et Maguire que la formation à la communication infirmière-client relève d'un très grand nombre de facteurs et que les acquisitions dans un domaine ne s'étendent pas spontanément à d'autres aspects de la communication, même s'ils sont très apparentés sur le plan instrumental.

Ce que plusieurs études révèlent clairement cependant, c'est l'importance du climat dans lequel se produit la formation et des sentiments d'entente et de support qui émergent entre les apprenantes pendant leur formation (Heaven et Maguire, 1996; Wilkinson, 1991; Peterson, 1988). Particulièrement dans leur étude, Heaven et Maguire soulignent l'importance de regrouper des infirmières et du personnel cadre durant l'apprentissage, réunissant de ce fait l'autorité et le personnel soignant dans une même expérience pédagogique. Ici également, le focus semble donc vouloir transcender un construit trop étroitement individuel de la communication pour fournir une explication davantage sociale de l'apprentissage et de l'application subséquente de l'aptitude des infirmières à communiquer de façon aidante. En d'autres mots, il faut regarder l'aspect franchement social de la formation à la relation d'aide comme étant central dans l'apprentissage et le développement de leurs habiletés et tenir compte, par exemple, de facteurs comme la représentation que se font les apprenantes des rôles et fonctions hiérarchiques qui sont en jeu durant leur formation à la relation d'aide. Chez les infirmières, le processus, les situations d'apprentissage et leurs contextes semblent donc constituer des éléments essentiels de leur formation à la communication dans le cadre de la relation d'aide.

La centralité de la communication, d'ailleurs commune aux disciplines professionnelles dont le but est l'intervention, exige un enseignement des compétences qui repose sur des prémisses théoriques dont la congruence avec les fondements disciplinaires est essentielle. Törnebohm (1984, cité par Lindström, 1995, p.656) nomme ce processus d'acculturation aux nombreux paradigmes de la profession infirmière, « le métabolisme culturel ». Le renforcement de l'apprentissage ou de l'acculturation à la communication est donc tributaire d'une certaine continuité entre la théorie et la pratique. Pourtant, Taunton et Otteman (1986) ont noté l'important décalage qui se dresse entre les attentes créées durant la formation et l'expérience en milieu de travail. Pour fonctionner, les infirmières en seraient réduites, une fois graduées, à ajuster leurs attentes en fonction de la réalité; celles qui ne le peuvent pas abandonnent tout simplement leur profession. Kramer (1966, rapporté dans Yung, 1996, p.184) note l'harmonisation qui s'opère dans la conception que les nouvelles graduées ont de leur rôle, par le biais du renforcement d'une conception bureaucratique de leurs fonctions, au détriment de celle plus professionnelle qu'elles entretenaient au départ, soit une conception de leur autonomie professionnelle dans l'octroi d'un service individualisé de qualité, où la communication est au premier plan. Yung (1996), en se penchant sur une cohorte de jeunes infirmières de Hong Kong, rapporte que les bachelères éprouvent une plus grande insatisfaction que les infirmières détenant un

diplôme, résultat lié au fait que les premières sont socialisées à leur rôle selon un cadre conceptuel beaucoup plus idéaliste que les dernières, formées presque exclusivement à l'hôpital. Le choc de la réalité serait donc moins souffrant pour celles-ci que pour celles-là. Peterson (1988) nous prévient que c'est la pression du groupe et des leaders qui limite la pratique de la communication efficace.

Globalement, la littérature déplore ainsi la présence d'un écart réel entre la culture théorique et la culture pratique du soin infirmier. Et l'on ne peut qu'apprécier davantage l'effet conditionnant du contexte situationnel sur la pratique d'habiletés, tel que soulevé plus haut par Heaven et Maguire (1996), Wilkinson (1991) et Peterson (1988). Fielding et Llewelyn (1987) soulignent que les futures infirmières et les infirmières possèdent au départ une conception culturelle de ce qui peut aider autrui dans des moments difficiles. Or, les programmes de formation qui évacuent sans les analyser ces acquis, jugés peu spécialisés et inefficaces, se privent d'une connaissance précieuse sur leur existence et leur fonction, car s'ils refont surface une fois les effets de la formation émoussés, il faut y voir, en partie du moins, une preuve de leur utilité pour celles qui les reproduisent.

Ces conclusions cernent directement la dichotomie réelle existant entre la formation et la pratique, dichotomie rapportée par Crawford et al (1995) dans leur étude sur l'application dans la pratique du langage appris durant la formation. Pour eux, il apparaît évident que les infirmières n'ont pas de nomenclature unifiante pour se représenter à elles-mêmes leurs patients et leurs problèmes et elles sont contraintes d'emprunter celle d'autres disciplines. On peut comprendre jusqu'à un certain point la fixation des infirmières sur les choses physiques qui demeurent des aspects très tangibles, institutionnellement et culturellement renforcés, et dont les référents sont somme toute ce qu'il y a de plus consistant à l'intérieur de la réalité infirmière.

Les disparités soulevées dans la littérature, entre les attentes entretenues par les étudiantes, et leur sentiment de ne pouvoir appliquer ce qu'elles ont appris une fois graduées, sont donc à considérer sérieusement. À l'effet du décalage perturbateur s'ajoute donc la conclusion que le manque de formation comme telle ne peut entièrement rendre compte de la communication de l'infirmière en situation d'aide. Pas plus d'ailleurs qu'une explication axée uniquement sur leur manque d'habileté à le faire, tel que nous l'avons conclu dans la section précédente.

1.2.3 Le facteur psychologique intra-personnel

Jusqu'à présent, nous avons vu que la présumée incompétence communicationnelle de l'infirmière est très souvent associée à un manque de techniques, et au fait que la formation des infirmière n'arrive pas à remplir sa mission. Mais le problème est également imputé à des facteurs intra-personnels, ainsi que le fait Carlson (1984), quand il relie le concept de soi chez les infirmières observées à leur incapacité de communiquer professionnellement. Macleod Clark (1982, citée par Jarrett et Payne, 1995, p. 74) a, dans un sens, confondu les infirmières qui se plaignent de ne pas avoir le temps de parler à leurs patients, en observant qu'elles ne communiquent pas davantage quand elles en disposent. Il semblerait donc que l'incapacité des infirmières à communiquer adéquatement avec la clientèle viendrait de facteurs personnels à connotation psychologique.

L'empathie est à la relation d'aide ce que la communication est à la profession d'infirmière, c'est-à-dire son pivot. En effet, l'empathie est appréhendée comme une dimension essentielle du processus d'aide (Carkhuff, 1969; Lazure, 1989). Olsen (1991) en fait même une exigence morale. Elle se définit globalement comme une capacité à percevoir les émotions et les cadres de référence des autres, et à leur communiquer cette perception (Gagan, 1983), ou encore, selon Héту (1994, p.25), « comme la capacité de saisir le vécu de l'autre en se plaçant dans son univers à lui ». Or, Kalish (1971) et La Monica (1976) ont noté le niveau très pauvre de cette disposition chez les infirmières, à partir de l'échelle de mesure de l'empathie élaborée par Carkhuff (1971). La construction élaborée par Carkhuff est d'ailleurs considérée par Gazda et al (1982) comme étant le modèle de relations interpersonnelles le plus exhaustivement validé par la recherche. Il fut ainsi jugé que l'infirmière renvoie une faible image de cette propension à l'empathie.

Cette aptitude est d'ailleurs directement reliée à la force même de l'ego de son possesseur: plus le niveau d'empathie est élevé, plus fort, mieux différencié est le soi personnel (Jordan, 1986, cité par Olsen, 1991, p.65). Un « soi » bien différencié de « l'autre » permettrait donc, un peu paradoxalement peut-être, un lien plus aidant avec l'autre. Un soi bien défini serait aussi relié à des traits inhérents de personnalité comme l'indépendance et l'autonomie, également fort valorisés pour les fins de la communication menant à une relation d'aide (Chehy Pilette et al, 1995). À partir de quarante entrevues auprès d'infirmières auxquelles il a administré un questionnaire d'attitudes, Carlson (1984)

conclut que cette différenciation serait faible chez les infirmières qui, selon lui, sont portées à plaire aux autres, et à les servir, ce qui semblerait miner grandement leur capacité à aider. Donc, le phénomène clé de la relation infirmière-client, l'empathie, se fixe à des caractéristiques psychologiques qui paraissent manquer à l'infirmière. Parler de personnalité-type de l'infirmière est un pas que n'ont évidemment pas franchi ces théoriciens du soi, mais leur discours relie tout de même le manque d'autonomie des infirmières à des facteurs intrinsèques, sans situer plus globalement leur constat en tenant compte de facteurs sociaux contextuels de l'ordre de ceux discutés dans la section précédente.

En effet, l'établissement d'une relation entre un trait de personnalité et la présence de l'attitude empathique est trop étroit quand le cadre d'application dans lequel la qualité valorisée est censée se produire est sérieusement examiné. Si les infirmières affichent des traits contraires à la manifestation de l'empathie comme la dépendance et la passivité, et c'est le cas selon Stephenson (1984), il faudrait voir la marge de manoeuvre laissée au rôle d'infirmière dans la réalité quotidienne et regarder de plus près quels sont les critères d'autonomie souhaitée et leur chance d'expression dans un cadre amplement défini par la profession médicale. Il faut se rappeler que si, pendant leur formation, les jeunes bachelières ont pu exprimer, développer ou renforcer leurs attitudes d'autonomie et d'indépendance, elles ressentent une grande déception ainsi que de la confusion au moment de travailler (Yung, 1996; Crawford et al, 1995). Ce que d'aucuns appellent passivité devant une situation peut devenir adaptation à la réalité pour d'autres; les jeunes novices qui décident de modifier leur attentes pour fonctionner dans leur cadre de travail sont peut-être plus conscientes de ce qui se passe que ce à quoi on s'attendrait. Il y a également des points sombres dans le discours reliant la passivité des infirmières et le « soi » indifférencié qu'on leur attribue. Par exemple, comment relier la thèse purement psychologique de Carlson (1984) sur la faiblesse du soi de l'infirmière avec le contrôle qu'elle exerce sur le processus relationnel et ses tentatives de bloquer la communication? Est-ce nécessairement un indice de soi faible ou indifférencié?

Régulièrement mentionnée dans la littérature comme élément d'explication de sa faible maîtrise de la communication est l'idée que l'infirmière entretiendrait des attitudes négatives envers certaines catégories de patients (Chandler et al, 1986; Smith et Barker, 1976). Or les résultats obtenus par Pursey et Luker (1995) et par Salmon (1993) ne supportent pas cette affirmation. Salmon entre autre a découvert que les infirmières passaient plus de temps qu'anticipé auprès de la clientèle gériatrique bien que leurs

interactions soient surtout de nature physique. Cette observation va dans le même sens que celle de Bottorf et Engelberg-Lotzcar (1995) sur le réconfort effectivement apporté, et pas toujours reconnu comme tel, par l'infirmière qui communique adéquatement en donnant des soins physiques aux patients atteints de cancer.

Ce qui confirme une fois de plus la faible valorisation accordée dans la littérature à la communication de l'infirmière dans le contexte du soin physique, et des activités de soins de base, tel que l'aide à l'habillement, à l'acte de nourrir, à la distribution des médicaments, etc. Il semble, de plus, y avoir une méprise quant à l'attribution, comme par osmose, des caractéristiques de « passivité » ou de manque d'autonomie identifiées chez la clientèle à la personnalité des personnes qui la soigne.

Ce qui commence à percer cependant, c'est la signification que le milieu de distribution des soins, le contexte en somme, exerce sur les perceptions des infirmières et sur leurs actions. Pursey et Luker (1995) ont noté le faible prestige au sein même de la population infirmière octroyé aux soins de la personne âgée, et elles ont également enregistré le fort sentiment d'impuissance ressenti par les infirmières soignant les vieillards, ainsi que les remarques de ces dernières sur la routine ennuyante de leurs soins. Dans une publication antérieure (Brisson, 1985), nous avons déjà discuté des pratiques jugées infantilissantes du personnel soignant d'un centre d'accueil, telles que rapportées par Séguin Langlois (1985); nous y avons relié ces pratiques d'infantilisation à la nature même des soins donnés qui sont les mêmes que ceux qu'on dispense universellement aux bébés (laver, faire manger, surveiller l'élimination, etc...). Nous avons alors souligné qu'en effet, ce genre d'actes pouvaient potentiellement inciter à des comportements infantilissants chez ceux et celles qui les appliquent jour après jour, en fonction du contexte social dont ils sont le symbole.

Dans un même ordre d'idées, si, ainsi que le pensent Brown & Harris (1978, cité dans Thurtle, 1995, p. 419) le fait d'avoir un emploi à l'extérieur de la maison semble protéger de la dépression la femme de la classe moyenne ayant des enfants, et la population infirmière est de cette catégorie, on peut imaginer ce que le fait d'avoir un emploi où plusieurs aspects sont peu différenciés de la tâche accomplie encore aujourd'hui par la femme dans le soin des enfants peut signifier pour l'infirmière. Ici encore, les contextes extérieurs à la réalité de nature psychologique pour expliquer le style de communication qu'entreprendront les infirmières sont ignorés. Ce qui nous amène à

supposer que l'imputation d'un quelconque trait de l'ego qui serait responsable de la difficulté de communication de l'infirmière constitue un diagnostic imparfait, puisqu'il néglige un ensemble de facteurs externes et institutionnels déterminants.

1.3 Les assises psychologiques de la communication infirmière-client

S'il existe une nette tendance à attribuer la difficulté de l'infirmière à communiquer de façon aidante à des facteurs qui relèvent essentiellement d'elle-même, de son manque de formation, de sa personnalité, de ses dispositions cognitives et émotives, il faut la relier à des paradigmes plus vastes qui expliquent les phénomènes humains en termes psychologiques, lesquels ont fortement façonné les croyances et les pratiques infirmières en matière de communication ainsi que le contenu des programmes d'études.

1.3.1 Les optiques psychanalytique, interpersonnelle et humaniste

Le paradigme actuellement dominant de la communication à maintenir durant la relation d'aide est, sans contredit, construit sur une vision psychologique des phénomènes humains. Et l'objet de la psychologie est l'individu. Dans cette optique, une situation particulière, qu'elle soit de nature individuelle ou sociale, rend une image kaléidoscopique des processus intra-psychologiques propres à la personne, tels que la conscience, l'insight, l'affect, la motivation, le jugement, la mémoire, la capacité de prendre des décisions, d'analyser ou de synthétiser l'information émergeant des événements et phénomènes liés à l'expérience humaine de vivre. Dans un tel cadre, le plan focal est l'esprit humain, et son habileté à symboliser ses multiples expériences et à les communiquer dans le temps et l'espace.

C'est aussi, selon Ivey et al (1987), le monde de l'intentionnalité, de cette capacité de l'humain qui consiste à entrer en contact avec son pouvoir personnel à changer les situations de sa vie. Dans une telle optique, une fonction importante du counseling est d'aider le client à reconstruire sa représentation du monde. Durant les situations de communication, le focus premier est ainsi l'identité de la personne, ce que Devereux (1972,

p.132) appelle son « unicité absolue », sa « non-identité » avec n'importe qui d'autre, sa « totale distinction dans l'espace et dans le temps ». L'intérêt est donc placé sur la particularité individuelle face aux événements intérieurs et extérieurs à la personne même, plutôt que sur la nature des conditions externes qui amènent une personne à réagir comme les autres dans des conditions semblables.

Ici donc, nous sommes au niveau de la vie mentale, des désirs individuels, de celui de l'ego, instance psychologique qui, loin d'être un bloc autonome et unifié, se répand en un inconscient puissant (le ça) aux frontières facilement évanescents mais toujours omniprésentes (Freud, 1961). Nous contemplons également le monde du super-ego, cette instance où s'affrontent les exigences venant du soi et les impératifs culturels imposés par la société. Pour Freud (1961, p 90), la présence d'un tel antagonisme « exige souvent qu'à des fins thérapeutiques, nous devions contrecarrer le super-ego, et en restreindre les exigences ». En somme, la personne est encouragée à voir, dans le super-ego, les constructions socio-culturelles qui la minent. L'approche psychanalytique donne au thérapeute la fonction d'un interprète qui présente au patient des significations habilement déduites des propos émis pendant l'entretien psychothérapeutique. Le but visé est la prise de conscience de la part du malade de ses blocages psychologiques et la libération du soi face aux multiples conflits internes que l'expérience de vivre dans sa famille, et en société lui occasionnent.

Fondateur de la théorie psychiatrique interpersonnelle, Harry Stack Sullivan (1953) s'éloigne d'une conception exclusivement psychanalytique qui occultait, selon lui, l'événement interpersonnel dans la formation de la personnalité et dans l'approche psychothérapeutique. Révolutionnaire, l'idée que thérapeute et client constituent l'un pour l'autre un environnement relationnel qui joue un rôle déterminant dans l'entretien thérapeutique! Bouleversante également, la notion que l'intervenant pouvait même, en employant un langage au répertoire proche, selon lui, de la magie, répondre davantage à ses propres besoins de sécurité qu'à ceux de son patient! (Sullivan, 1954). Sullivan (1953) introduisait également la notion de « patterns », qui sont en somme les formes habituelles et acquises de comportements qui caractérisent les gens, thérapeutes et patients confondus, amenant de ce fait le monde social et culturel au coeur de l'entretien psychothérapeutique. Il inscrivait dans le domaine d'investigation le facteur « temps », pour signifier que chaque expérience relationnelle reflète ce qui l'a précédé et détermine ce qui suivra, sans jamais toutefois être figée ni répétitive. La dynamique exponentielle propre à

l'entretien engageait ainsi tous les participants dans une situation dont la complexité devenait contraignante pour le discours sur la communication thérapeutique. Ainsi, selon la vision interactionniste de la communication, ce qui se passe chez l'individu, ses sentiments, ses habitudes, influence ses communications. Mais l'emphase reste toujours rivée sur les aspects psychologiques, car c'est encore par le moyen de la prise de conscience des phénomènes et de la modification des représentations mentales que se modifient les comportements.

La vision psychologique de la personne de Rogers (1978) libère en quelque sorte cette dernière du déterminisme des instances psychologiques freudiennes et offre une image de l'humain comme une entité libre, en mouvement vers une constante actualisation de ses potentiels. De patient qu'il était, l'individu recevant un service thérapeutique devient maintenant un client. Les facteurs d'actualisation sont intra-personnels, et c'est durant les relations avec les autres qu'ils se manifestent. Pour Rogers (1978), le concept de la responsabilité personnelle fixe la personne, le « soi », au centre de commande de sa vie psychologique, le thérapeute prenant volontairement le rôle métaphorique d'un miroir de ce qu'est le client dans l'ici et le maintenant de leur entretien. Les perceptions du client sont traitées comme les moteurs de ses actes. Le but pour le client est d'atteindre la cohérence entre ses pensées, ses émotions et ses actes. L'approche psychothérapeutique non directive et compréhensive, avance au rythme du client lui-même, sans dépasser sa disposition intérieure. Le client en vient à trouver par lui-même les significations porteuses de changement, aidé par le thérapeute dont les aptitudes analytiques passent au second plan derrière ses capacités humaines, telles que l'empathie, le respect inconditionnel, le sens de l'immédiat, la chaleur, etc. S'introduit donc dans l'expérience psychothérapeutique, un élément relationnel humain particulier, qui s'éloigne du mode interprétatif psychanalytique, mais qui reste quand même un moyen de modifier les configurations psychologiques qui s'opposent aux changements souhaités pour l'actualisation des potentialités. Le but visé est le changement des perceptions individuelles, et c'est à travers ce changement que le comportement se transforme.

1.3.2 La conception psychologique de la relation d'aide

Comme discipline pratique, les sciences infirmières, constituent un champ de connaissances à l'intérieur duquel sont puisées les théories et les méthodes utiles à la

compréhension des phénomènes permettant de soigner les personnes. Qu'elles soient empruntées à d'autres disciplines, ou élaborées à l'intérieur même de la science du soin infirmier, les représentations acceptées comme vraies servent non seulement à guider la pratique, mais également à orienter le contenu des programmes de formation à la profession. Et dans le domaine de la communication infirmière-client, c'est à toute fin pratique le discours psychologique, particulièrement humaniste, qui régularise actuellement les normes de pratique de la communication. Et même si de nouveaux discours à fondements plus sociologiques, dont nous parlerons plus loin, sont apparus pour rendre compte d'une vision plus holistique de la clientèle, il reste que les valeurs individuelles, personnelles restent au centre du discours infirmier sur la relation d'aide.

Les courants répertoriés ici tiennent compte d'abord des grandes avenues théoriques à prédominance psychologique qui ont influencé la pensée infirmière sur la thématique de la communication aidante, et qui conséquemment ont trouvé place dans les programmes de formation en sciences et techniques infirmières, à savoir les optiques d'inspiration psychanalytique, interpersonnelle, et humaniste, introduites dans la section précédente, et que nous allons maintenant couvrir selon l'angle de la discipline infirmière. Nous croyons cette description importante, puisque ce sont finalement les paramètres retenus qui servent ensuite à évaluer la performance communicationnelle de l'étudiante infirmière et plus tard celle de l'infirmière. Si, comme nous le croyons, le champ des connaissances disciplinaires reproduit actuellement une vue essentiellement psychologique de la communication humaine, il nous faudra suppléer à cette étroitesse conceptuelle qui laisse de côté tout un pan de l'expérience humaine.

Durant la première moitié du siècle en Amérique du Nord, l'attention de la profession pour la communication aidante est encadrée particulièrement par la nécessité de prodiguer des soins psychiatriques. Fortement influencées par l'approche psychanalytique occidentale et la nomenclature des maladies mentales qui s'en inspirait, et moulées par le modèle médical axé sur les signes et les symptômes pathologiques, les infirmières travaillant auprès des clients psychiatriques étaient encouragées, selon Phillips (1986), à seconder le psychiatre dans la libération de l'inconscient, ainsi qu'à créer une atmosphère propice à la prise de conscience chez les patients. À ces directives, s'ajoutaient évidemment la prestation de soins physiques complémentaires.

Dans cette réalité, l'infirmière ne s'octroyait pas vraiment d'identité professionnelle propre, étant tout au plus une aide à l'aide thérapeutique et en tant que femme, elle véhiculait particulièrement bien le symbole maternel si précieux dans l'explication psychanalytique. Son cadre d'action était principalement l'hôpital dirigé par des médecins, et les patients étaient guéris par des psychiatres. Encore à l'aube de l'élaboration de sa discipline, et peu formée à la recherche et à l'écriture scientifique, elle s'impliquait directement avec sa clientèle, sans analyser ni concevoir pleinement son impact humain réel et en adoptant le modèle psychanalytique en vigueur, avec lequel elle avait été formée.

Calquées sur les interventions verbales des psychiatres, celles des infirmières étaient censées refléter les assises interprétatives psychanalytiques, où les propos des patients étaient analysés selon le prisme freudien de la psychopathologie humaine. Clairement, la communication s'effectuait selon un modèle plutôt linéaire, la prise de conscience chez le client naissant des remarques thérapeutiques qui lui fournissaient des codes d'interprétation au potentiel psychothérapeutique. La recherche d'alors ne se préoccupait pas d'analyser le mot-à-mot des rencontres entre les infirmières et les patients, pas plus que celle d'ailleurs des entrevues psychiatres-patients. La parole du patient était une production personnelle, très symbolique, que le thérapeute astucieux décodait; pour ce dernier, cette parole était bien cette « fenêtre de l'esprit » de Keller (1985).

Les concepts de la communication et de la relation infirmière-client ancrent explicitement leurs assises disciplinaires avec les oeuvres d'infirmières, telles que Peplau, Orlando, et Travelbee, qui ont été considérablement influencées par des modèles issus de la psychologie sociale, et appliqués dans le cadre des soins psychiatriques. Le constat que la relation entre un psychothérapeute et son patient possède en soi un pouvoir thérapeutique introduisait au sein de la notion d'intervention un aspect social incontournable. En relation donc avec les théories émergentes de Sullivan et de Fromm, il devenait clair pour Peplau (1955) que la mission fondamentale des sciences infirmières n'était pas a priori la guérison, mais plutôt la création d'une relation d'aide à travers laquelle le client pouvait guérir. Travelbee (1968) précise que cette relation infirmière-client est une expérience dans laquelle s'engagent deux personnes uniques qui s'influencent mutuellement. Chacune des rencontres, affirme-t-elle, est à la fois un point final et de départ pour les rencontres ultérieures et ce, dans un processus de changement et de développement continus des compétences interpersonnelles.

Avec Orlando (1979), l'étude de la communication verbale des deux participants à l'entrevue est essentielle à la compréhension de la relation qui s'établit, ainsi que pour en modifier le cours. Ce que pense, ressent, observe l'infirmière durant l'entretien détermine directement ce qu'elle dit et est constitutif du lien entre elle et le client. Par ses propos, l'infirmière peut être une source directe de blocage pour le patient si elle reste centrée sur ses propres perceptions, sentiments, interprétations, etc... L'infirmière se doit de saisir le plus précisément possible, les perceptions, valeurs personnelles et culturelles, les émotions explicites et implicites du patient et leur donner une réalité par le biais, entre autre, de sa pratique verbale.

Dans le cadre de la compréhension interpersonnelle de la communication infirmière-patient, la parole prononcée constitue donc une façon de comprendre les perceptions des participants et leur rôle dans l'entretien. Ultimement, il s'agit de modifier le psychisme, les perceptions qui l'empêchent de progresser. Les référents culturels, par exemple, sont considérés du point de vue de leur signification psychologique et serviront à comprendre les comportements du patient et de l'infirmière. La personne, avec toutes ses particularités individuelles, reste donc le point central de l'approche interpersonnelle.

C'est avec la pensée rogérienne et ceux qu'elle a inspirés, qu'allait enfin se préciser le cadre théorique de l'intervention infirmière-client comme agent d'une relation d'aide. Si la théorie interpersonnelle liait aidant et aidé dans une relation humaine qui déterminait le processus thérapeutique, la vision humaniste définissait quant à elle les participants, et proposait une méthode de relation qui en « dé-psychiatrisait » le contenu. Pour une jeune discipline qui cherchait désespérément à se tailler une place distincte au sein des professions de la santé, surtout celle de la médecine, les concepts tels que l'autonomie, la croissance personnelle, l'individualité, semblaient regrouper des traits souhaitables qui s'appliquaient finalement tant à l'infirmière, qui cherchait son autonomie professionnelle, qu'au patient. Bientôt, les modèles existentiels se joignirent à l'humanisme, pour constituer une approche thérapeutique basée sur les buts et les valeurs personnelles et sur l'interprétation personnelle du monde (Harper, 1974). Empruntant également à la théorie des systèmes de von Bertalanffy, des auteurs comme La Monica (1985) proposaient des modèles infirmiers holistiques de la personne, vue comme un « soi », à facettes distinctes mais reliées, nommées pensées, sentiments, philosophies, valeurs, désirs, comportements et expériences.

Toute l'approche de l'infirmière consiste donc à créer une atmosphère relationnelle visant la croissance maximale du soi ainsi que l'apprentissage, et ce, quelle que soit l'expérience vécue. La parole de l'infirmière est perçue comme un instrument personnel qui transmet au client des attitudes de respect exempt de jugement de valeur. Ainsi, les interventions infirmières, visant à rassurer, juger, critiquer, donner des solutions toutes faites au client, seront jugées comme étant nuisibles, car ne répondant pas aux réels besoins d'aide des individus (Lazure, 1989). Lazure précise également que l'emphase doit être mise sur le vécu du client et sur la dimension affective de son problème, et non sur son aspect intellectuel. L'indépendance du client est sans cesse renforcée, et le changement qu'il recherche, soutenu sans être dirigé.

La vision humaniste de la relation d'aide est elle-même imbriquée dans une conception psychologique de l'entretien, en ce que l'infirmière, se percevant comme fondamentalement distincte de son client, donc non identique à lui, met en oeuvre un processus permettant à ce dernier d'avancer vers l'expérience de croissance personnelle souhaitée. Ce sont les perceptions internes du client et de l'infirmière qui sont examinées, non le contexte social de leur relation, même si on en tient compte. Et lorsque l'infirmière se penche sur ce contexte, c'est pour le soumettre à l'appréciation du client, à ses perceptions intra-psychiques, les changements souhaités devant souvent se produire à ce niveau.

1.3.3 Les limites conceptuelles de l'optique psychologique

Rarement, dans les années soixante-dix et quatre-vingt, à part Fielding et Llewelyn (1987) et Cormack (1985) dont nous avons parlé antérieurement, remet-on si directement en cause au sein de la discipline, la nature même des paradigmes disciplinaires de la communication jugés essentiels à la création de la relation d'aide. Il est grandement admis à l'heure actuelle, qu'au coeur de l'éthos disciplinaire en sciences infirmières, campe une perception psychologique et humaniste de la notion de client. Conséquemment, les approches aidantes sont censées véhiculer cette vision, et renforcer l'individualité identitaire de la personne. Et cela, dans le cadre de contacts interpersonnels verbaux, paraverbaux et non-verbaux. Cette optique est aujourd'hui transmise dans les programmes de formation des infirmières et sert de barème pour évaluer la nature de la communication des professionnels en soins infirmiers.

Cependant, ce discours suscite depuis quelques temps un ré-examen des paradigmes descriptifs et explicatifs de la communication infirmière-client. Mulholland (1995) reproche à la littérature prescrivant l'approche humaniste d'en avoir moralisé l'adoption au détriment d'une analyse sociale de la réalité, ce qui équivaut à mettre cette dernière au rang de concept périphérique. Symonds (1995) conclut que l'approche individuelle développée par la biologie et la psychologie a fait de la perspective médicale le modèle thérapeutique dominant, fermant à toutes fins pratiques l'accès aux mesures sociales correctrices de conditions oppressantes. Porter et Ryan (1996) militent en faveur de la complémentaire utilité des modèles humaniste et social au sein de la discipline infirmière. Vouloir comprendre l'ensemble du processus communicationnel par la voie étroite du manque d'habiletés et des facteurs personnels équivaut finalement à s'engager dans un discours réducteur où des pans entiers de significations sont évacués suite à une sélection incomplète de phénomènes pertinents. Et la prescription voulant que l'on forme davantage ou différemment les étudiantes afin d'améliorer leur communication reste vaine si la discipline infirmière ignore des aspects déterminants de la communication de ses membres avec la clientèle.

1.4 Les assises sociales de la communication infirmière-client

Si les paradigmes psychologiques continuent d'expliquer la nature de la communication infirmière-client, nous notons également l'émergence d'un discours sociologique et anthropologique dans cette problématique. La récupération exercée par la sociologie de ce qui se passe durant la communication est fondamentalement utile à la compréhension de phénomènes sociaux entourant la réalité des usagers des services infirmiers et des infirmières qui les distribuent. Nous décrivons dans ce qui suit certains apports de la sociologie et de l'anthropologie, et en soulignerons certaines limites à l'interprétation du phénomène de la communication qui nous intéresse ici.

1.4.1 Les assises socio-culturelles de la communication

C'est surtout par le biais de la psychothérapie des enfants qu'émerge le monde de la société comme variable déterminante dans le développement de l'enfant. Ce qui affecte l'enfant, les circonstances ainsi que les normes Erickson (1966), existent donc à l'extérieur de l'enfant, de la même manière que la société est une « chose » extérieure à l'individu. Les événements qui troublent ou angoissent l'enfant sont incorporés en stimuli psychiques, se collant aux phases naturelles inhérentes à l'organisme-processus. Erikson veut briser ce qu'il appelle la « tri-chotomie » disciplinaire de la biologie, psychologie et sociologie pour identifier les causalités réelles dans le cadre de la vie humaine. Il s'ensuit donc, pour le clinicien, la nécessité de s'éloigner de la causalité linéaire, dans le but de rétablir l'organisme individuel.

Pour Erikson, l'anthropologie offre une connaissance fondamentale des modes d'éducation des enfants et permet de relier les phases naturelles de développement aux caractéristiques d'une société. La perspective d'Erikson sur le mythe américain de la « mauvaise mère », comme « ...caricature stéréotypée des contradictions existantes,... » (p.192) apportait un discours neuf à plusieurs disciplines, au nombre desquelles la science infirmière, construite presque exclusivement par des femmes et pour les fins d'une pratique professionnelle détenue presque exclusivement par des femmes.

Selon Satir (1971), la famille forme un tout, une unité, chaque membre étant partie prenante dans le maintien de l'homéostasie groupale. On ne peut pour ainsi dire comprendre le client sans avoir une compréhension simultanée de son identité familiale. L'interaction entre les membres de la famille est donc le processus qui détermine jusqu'à un certain point les réactions psychologiques de ses membres. Encore ici, la perception est plus compatible avec un modèle psychologique des membres d'une famille qu'avec une conception sociale de cet agrégat, la famille devant soi étant à nulle autre pareille. Et d'ailleurs, les interventions suggérées consistent beaucoup à élucider la perception de la « famille » face à « son » problème, en faisant à ce qu'il semble, une synthèse des propos, sentiments, perceptions entretenus par les personnes individuelles. La réalité familiale ressemble plus à une sorte de supra-système régi par des règles puissantes, à l'intérieur duquel les membres individuels constituent des sous-systèmes en interaction, dotés de sentiments, perceptions

et actions. L'objet de l'intervention est ici d'améliorer le fonctionnement familial, en modifiant la représentation que les membres en ont.

L'optique transculturelle cerne l'impact déterminant de l'environnement social non seulement sur le comportement humain, mais aussi sur la personnalité individuelle. Les origines conceptuelles de la communication infirmière sont assurément d'influence nord-américaine, en accord avec l'influence de Sullivan et Rogers, et les écrits de Peplau, Orlando et Travelbee. Et il en va de même pour ce qui est de l'approche interculturelle, marquée par les anthropologues tels que Kluckhohn, Boas, Benedict, Linton, Kardiner, Bateson... L'importance du fait culturel émerge sensiblement, il nous semble, d'au moins deux croyances complémentaires: d'abord que beaucoup de problèmes rencontrés dans la communication infirmière-client remontent à des incompréhensions d'ordre interculturel (Brink, 1990); et que la personnalité individuelle est le résultat de la culture. (Linton, 1968). Ici également, le noeud du discours est psychologique, cette fois en mettant sous le microscope la similitude entre individus d'une même culture, et leur différence par le fait même, avec ceux d'une autre. Ainsi, les personnes seraient plus ou moins parentes, non plus selon des critères physiologiques héréditaires, mais plutôt en raison de similitudes culturelles façonnant leur personnalité, sorte de compromis en fin de compte entre les tenants de la psychologie qui ne pouvaient plus occulter les ressemblances évidentes entre les personnes et les tenants d'une approche sociale stricte, ennuyés par l'évidence des faits personnels au sein de la culture. D'ailleurs, la mise en garde est claire: même si, pour Bateson (1944, cité par Rockwood Kluckhohn, 1990, p. 66, 67), les constructions et significations individuelles sont propres aux particularités des cultures, cette portion partagée de personnalité ne compte que pour certaines propriétés du système, celles qui constituent selon Rockwood Kluckhohn (1990) la sphère des valeurs et des attitudes. Cette précision idéique peut peut-être expliquer pourquoi, dans le discours psychologique, la dimension socio-culturelle ne peut logiquement être centrale.

1.4.2 La conception socio-anthropologique de la communication

L'emprunt de la théorie d'Erikson, en plus d'introduire une optique théorique fort utile sur le développement humain, permettait également de situer le monde du social au sein de la discipline des soins infirmiers. Cependant, les phénomènes sociaux continuent

d'être perçus comme affectant les perceptions, actions, sentiments de la clientèle visée. La communication infirmière cherche donc à valider les éléments permettant de renforcer le sentiment de maîtrise des tâches développementales de la personne. Dans ce cadre, l'infirmière doit donc, en accord avec un modèle humaniste de la communication, s'enquérir d'abord des aspects cognitifs et émotionnels des personnes soignées, et appréhender leur identité propre à chacune des étapes du développement. L'infirmière, dans ses interventions, est donc censée renforcer l'ego, repérer l'anxiété et l'aborder avec un répertoire de verbalisations appropriées à l'âge et aux circonstances familiales et sociales.

Il en va de même pour les soins à la famille. Le besoin d'un discours théorique permettant de conceptualiser la famille est conforme avec cette ouverture sur le monde social. Souvent en contact avec les membres de la famille, au moment des naissances, durant les visites à domicile, lors des contacts avec les personnes âgées, dans une situation de counseling, etc..., l'infirmière s'entretient avec l'entourage immédiat du client, devant ainsi communiquer avec lui. Selon Wright et Leahy (1995), l'apprentissage des habiletés communicationnelles se doit de reposer d'abord sur le concept « famille », considéré dans l'optique des théories du système, de la cybernétique, de la communication et du changement. La conception de la famille est ici, en quelque sorte superposée à un modèle humaniste de l'individu, les auteures avançant que les familles ont l'habileté de résoudre leurs propres problèmes, la tâche de l'infirmière consistant tout au plus à en faciliter le procès.

Pour ce faire, l'infirmière utilisera, après l'avoir appris, un répertoire de schèmes perceptuels, conceptuels et comportementaux, ces derniers constituant les interventions thérapeutiques ou aidantes. Tout en suggérant une approche systématique, Wright et Leahy (1995) insistent que l'infirmière, de par sa propre histoire interactionnelle et son génome particulier, en arrivera à personnaliser le processus d'aide à la famille. Il s'agit pour l'infirmière d'amener les membres de la famille à prendre conscience de leur réalité en tant que groupe et de la nature de leurs interactions, conscience devant en principe aboutir à des conclusions positives pour chacun, donc pour tous. L'élaboration de la notion de famille correspond ici davantage à une construction mentale et cognitive d'une telle cellule, qu'à une vision sociale de celle-ci, dans la mesure où la famille est envisagée de préférence sous l'angle de l'interaction entre les dispositions individuelles de ses membres plutôt que sous celui d'une représentation de réalités méso- et macro-sociales.

L'ouverture de la discipline infirmière sur le monde social se reflète particulièrement dans le discours transculturel du soin infirmier, dont le but est l'application du concept de la culture aux discours et méthodes des sciences infirmières. Effet d'une immigration à origine ethnique variée, et de la formation de deuxième et troisième cycles d'infirmières dans des disciplines comme la sociologie et l'anthropologie, la nécessité du soin culturellement réceptif fait maintenant partie des assises théoriques disciplinaires. Selon Newman Giger et Davidhizar (1991, p.27), les concepts interculturels permettent de mettre « au point des approches cliniques individualisées et culturellement adaptées », et ce, selon Brink (1990), pour contrer les problèmes de communication interculturelle rencontrés très souvent par les infirmières durant l'exercice de leurs fonctions, y compris celui de l'ethnocentrisme. Brink (1990) rappelle également que le but final de l'infirmière est de faciliter un changement de comportement individuel, les aspects culturels étant autant de facteurs permettant la perception du client comme un être total. L'infirmière communiquera donc dans l'optique d'un changement personnel, son action tenant compte des facultés psychologiques des clients. Rarement, selon Foster (1990), sa communication sera-t-elle guidée par la prémisse sous-jacente à une anthropologie appliquée, celle du changement comportemental en vue d'un changement social, économique et technique. Même dans le domaine de la santé communautaire, où l'intervention de l'infirmière vise la prise en charge des groupes et le changement des habitudes de vie pour l'atteinte de la santé publique, l'action infirmière tend à favoriser le changement et la prise en charge individuels en utilisant la dynamique du groupe.

1.4.3 Les limites conceptuelles de l'optique sociale

Cooke (1993) croit qu'il existe une incompatibilité de fond entre les sciences infirmières et la sociologie, en ce que les premières s'intéressent à l'individu et la deuxième aux faits sociaux globaux. Pourtant, face à l'incontournable réalité de la société pour l'individu, un discours social s'imposerait pourtant dans le domaine des sciences infirmières.

La fonction réelle d'un modèle transculturel se traduirait par un repérage des valeurs personnelles et une comparaison de ces dernières avec les valeurs sociales environnantes. L'approche ethnoculturelle permettrait, par exemple, de comprendre les représentations individuelles du corps, du sens de la douleur, de la perte de la santé, des interdits sexuels,

des préférences alimentaires, des coutumes de soins maternels, du vieillissement, afin de supporter la prise de conscience du client individuel. Mais elle ne mène pas vers une élucidation de ce qui, dans la situation de soin, est représentatif de la situation sociale ambiante comme le fait, par exemple, que l'infirmière appartiendrait à une classe privilégiée, moyenne ou démunie ou que plusieurs de ses actes soient motivés par la structure institutionnelle et les attentes face aux rôles de chaque participant à l'interaction.

Même en identifiant l'organisation sociale comme étant un facteur culturel fondamental de soins infirmiers culturellement adaptés, le but final d'un tel discours en sciences infirmières est toujours de comprendre le comportement de l'individu, c'est-à-dire « ...la valeur de l'organisation sociale et de son influence sur la croissance et la maturation physiologique et psychologique » (Newman Giger & Davidhizar, 1991, p.102). Dans cette perspective proche de l'anthropologie médicale, l'intervention aidante chercherait, ainsi que le recommande Roland (1990) à soulager les conflits ou l'ambivalence intra-psychiques créés par la juxtaposition de « patterns » culturels contradictoires.

A ce chapitre, Newman Giger et Davidhizar(1991) proposent des règles de communication précises répondant aux situations de soins interculturels, en commençant par la nécessité d'écarter, de la part de l'infirmière, « ... les valeurs personnelles, préjugés, idées et attitudes qui seraient évaluatrices et pourraient avoir un effet négatif sur les soins. » (p.68). Comme on le constate, il est demandé à l'infirmière de s'extirper de ses propres déterminants culturels, tout en acceptant le fait qu'il est impossible pour le client d'accomplir cet exercice. L'image est encore renforcée que l'infirmière non seulement doit, mais surtout qu'il est dans son pouvoir de mettre en veilleuse une partie fondamentale d'elle-même et que le client peut également voir son infirmière comme une entité a-culturelle. Il apparaît donc que, dans une telle perspective, l'interaction se trouve finalement amputée de son sens social, c'est-à-dire du fait que toute relation s'inscrit dans un contexte de significations inévitablement social qui détermine les comportements.

Les contextes sociaux, quand ils sont analysés, sont abordés comme des stimuli du psychologique. Par exemple, selon Sundeen (1989), le contexte est invoqué dans l'optique de l'aspect unique du moment présent, comme des patterns propres à chaque participant, c'est-à-dire la situation présente, sans vraiment discuter du cadre social immédiat ou résiduel qui prescrit, en dépit de l'impossibilité de répétition, des événements familiaux, connus et socialement significatifs. On remarque donc une tendance à réduire la notion de

contexte à la notion de situation immédiate que constitue la rencontre de deux ou plusieurs personnes, la dynamique interactionnelle liant les participants, et de considérer l'effet du contexte sur les représentations cognitives et affectives des individus.

Chalifour (1989) réserve la notion de contexte aux motivations des personnes en cause, au climat de l'entretien, aux phases de la relation d'aide, etc. Bradley et Edinberg (1986), quant à eux, parlent de la communication à l'intérieur du contexte de soin infirmier. Ils discutent surtout de la dynamique particulière interactionnelle existant au sein du groupe et laissent peu de place à la discussion du sens social du groupe, quoiqu'ils mentionnent l'importance du rôle perçu de leader sur le déroulement des activités groupales. L'emphase est certainement mise sur les propos que les individus s'échangent en situation de groupe.

1.5 Les assises pragmatiques et systémiques de la communication infirmière-client.

Jusqu'à présent, nous avons souligné que les paradigmes actuels de la communication infirmière-client, y compris ceux axés sur une conception sociale de l'interaction humaine, ajustent leur focus sur les constructions et réactions psychologiques et cognitives des personnes. Nous avons déploré le fait que ces modèles ne décrivent pas la complexité extrapsychologique interactionnelle ayant lieu durant la relation d'aide infirmière-client, traduisant ainsi leur psychologisme là où nous aurions pu espérer une analyse plus effectivement sociale des phénomènes de communication. D'autres paradigmes ont, à notre avis, été reformulés selon une tangente psychologique, par exemple ceux du pragmatisme et du systémisme. Ceci a, selon nous, renforcé les prémisses individuelles de la communication, en noyant les faits sociaux impliqués dans une terminologie où la perception d'un événement s'explique presque uniquement selon un axe psychologique, et où les résonances sociales sont mises au second plan dans l'explication théorique. La psychologie, avec son historique, ses théories et ses méthodes scientifiquement établies et convaincantes, attire les chercheurs sensibles à l'explication des phénomènes humains en général, et de la communication interpersonnelle en particulier.

1.5.1 Les optiques systémiques et pragmatiques

Selon Watzlawick, Beavin et Jackson (1972), tout comportement, verbal ou non verbal, équivaut à une communication. Et comme comportement, la communication affecte immédiatement l'interaction. Ces effets se matérialisent selon les lois de la théorie des systèmes et il est possible de repérer et comprendre la structure propre aux échanges communicationnels. Ainsi, un modèle de la communication constituerait le seul cadre scientifique qui permette l'explication d'événements physiques, intrapersonnels, interpersonnels et culturels à l'intérieur d'un système donné. (Ruesch et Bateson, 1951). La communication est ici comprise comme étant l'ensemble des processus par lesquels les personnes s'influencent mutuellement (Ruesch et Bateson, 1951). Comprendre la communication équivaut donc à observer la transmission de signaux, signes, signifiants, et symboles à l'intérieur d'un système de communication (Wilden, 1972). Watzlawick et al (1972, p 15) reprochent aux sciences comportementales de s'être limitées à « ... une conception monadique de l'individu... » et à une méthode d'isolation des variables visant la description et l'explication des phénomènes en relation avec la nature de l'esprit humain. Or, l'observation de la communication renseigne sur la relation interpersonnelle des participants, lieu réel des problèmes comportementaux. Changer les manières non-fonctionnelles de communiquer équivaut donc à une tentative directe pour reprogrammer, si on veut, le bagage des représentations mentales qui prennent forme dans l'art et la maîtrise observable de la communication. Pour Watzlawick et al (1972), il y a deux modes de communication, le digital, soit le contenu ou les données de la communication, et l'analogique, c'est-à-dire le sens réel que prennent les données. Grâce aux capacités naturelles des systèmes à emmagasiner les adaptations antérieures afin de les réutiliser aux moments opportuns, il s'ensuit l'élaboration de patterns communicationnels repérables et caractéristiques de chaque communicateur. La relation qui se tisse entre les personnes sera, selon une typologie empruntée à Bateson, de nature symétrique ou de nature complémentaire. Ainsi, les bases de la recherche scientifique des significations sont ancrées obligatoirement dans la distinction entre ce qui est effectivement dit et le sens attribué à ce qui est effectivement dit. L'attribution du sens ne peut se compléter que dans le processus relationnel unissant les participants durant leur rencontre. De plus, certains patterns antérieurs enregistrés dans l'histoire de chaque participant sont confirmés ou infirmés par l'expérience de la rencontre. Le thérapeute ou l'aidant ont pour tâche de confronter ces patterns.

L'approche pragmatique et systémique ainsi conçue est focalisée sur le comportement communicationnel: le but ultime est de changer le comportement de communication, car les patterns sont autant d'obstacles à son déroulement. L'histoire socio-culturelle importe dans le sens où elle donne un sens au propos individuel. L'intérêt de l'action thérapeutique est de pouvoir changer la personne, en recalibrant ses actes communicationnels. Mais l'intervention au niveau de la relation d'aide ou thérapeutique ne couvre pas le cadre fortement social du sens de la présence de l'aidant sur l'interaction même. Durant les actes de counseling, tels que rapportés par Watzlawick et al (1972), l'intervenant est un observateur et un acteur, en tant qu'interlocuteur-thérapeute et son rôle est finalement peu décrit en termes d'interlocuteur social qui communique nécessairement à un niveau analogique, du seul fait de sa présence et de son rôle d'expert ou de chercheur.

1.5.2 La conception systémique et pragmatique de la communication en sciences infirmières

Dès les années soixante, la notion de système fut introduite dans le champ des sciences infirmières et particulièrement dans le domaine des soins psychiatriques. Citant les travaux de Bredemeier (p. 406, 410), et de Miller (1965, p.406, 410), eux-mêmes influencés par les idées de Von Bertalanffy (1993), Smoyak (1969) utilise la théorie générale des systèmes pour décrire le nursing comme un système selon des paramètres fortement sociaux. La formation infirmière y est conçue en tant qu'une expérience de socialisation, alors qu'une socialisation ultérieure prend place une fois que l'infirmière oeuvre dans les systèmes ou institutions de la santé. La force déterminante du système sur le comportement de l'infirmière s'expliquerait abondamment en terme de transactions à saveur de coercition, de négociation, de préoccupations légales et bureaucratiques, de népotisme, etc... Sûrement, en avançant qu'une des tâches adaptatives d'un système est de s'assurer de l'allégeance à d'autres systèmes, Smoyak situait déjà la compréhension des relations entre les infirmières et le système du soin infirmier à un niveau qui aurait pu éclairer ceux qui dénonçaient la piètre communication des infirmières avec leur clients. L'effort de Smoyak, bien que relevant les effets de variables essentiellement sociales, reste, en somme, périphérique en ce qu'il ne propose pas de modèle articulé de communication. Ainsi, à l'opinion de Smoyak qui intime que le but du système, qu'on soit infirmière ou

patient, c'est la survie, s'oppose la conclusion de La Monica (1985) pour qui le but final du système est le soin du client.

1.5.3 Les limites conceptuelles de l'optique systémique et pragmatique de la communication

La théorie des systèmes a été utilisée pour expliquer des phénomènes relationnels dans une optique de dynamique cumulative des communications interpersonnelles antérieures. La tendance à catégoriser les systèmes relationnels, ainsi que le proposent Bradley et Edinberg (1986), soit: le personnel, l'interpersonnel et le social, a le désavantage de dresser des barrières imaginaires trop strictes entre des catégories qui n'en sont pas nécessairement puisque les perceptions individuelles, les valeurs intimes, les croyances profondes sont, on le sait, déterminées abondamment par la sphère du social. En fait, nous croyons que les buts des systèmes, si différents en nature et en opportunités explicatives, sont simultanément activés dans les rencontres infirmières-clients, et que l'on peut repérer les niveaux des allusions en étudiant la communication. Plutôt, comme le propose La Monica (1985), que de voir uniquement la relation entre deux systèmes, celui de l'infirmière et son client, par le biais de leur communication à l'intérieur d'une situation donnée, nous pouvons attribuer à la situation créée par les participants un contexte complémentaire extérieur à la situation immédiate, mais essentiel aux fins des actes de communication.

L'aspect pragmatique de la communication infirmière-client, quant à lui, c'est à-dire son effet sur les stratégies de communication des participants et sur la relation interpersonnelle est présent dans l'approche d'Orlando (1971) dont nous avons déjà présenté les assises. Encore ici, le focus reste l'effet de la communication ou des représentations sur la personne et les pratiques de communication de l'infirmière se font en référence au client. Conformément à l'approche de Sullivan, qui a grandement influencé le modèle de la relation d'aide de Pepleau, l'infirmière s'intéresse donc aux patterns de communication qu'elle et son client actualisent dans la conversation qui les unit. Mais l'exercice vise surtout la compréhension des personnes en interaction, plutôt que le cadre social qui détermine des pans importants de la communication. Selon Winkin (1981), une nouvelle perspective de la communication, celle où se confondent divers niveaux d'analyse

prenant en compte une grande variété de contextes à significations multiples doit s'intégrer dans l'analyse de ce qui arrive lorsque deux personnes communiquent entre elles.

1.6 Les assises métacommunicationnelles

En communiquant par leurs paroles, leurs signes para-verbaux et non-verbaux, les interlocuteurs se parlent de leur réalité socio-culturelle et de la situation immédiate qui les réunit. Quoique particulière, voire unique, cette situation est paradoxalement sculptée selon un programme connu des participants qui partagent une sorte d'atlas commun leur servant de repère abstrait sur le sens réel de leur interaction, sur ce qu'ils se disent effectivement. Chaque partenaire est impliqué dans une sorte de processus de négociation à l'intérieur duquel on s'informe mutuellement sur les programmes en vigueur. Mais également, on se transmet une méta-information sur comment on se doit de comprendre ce qui est dit. Le chercheur peut isoler ces méta-messages qui ont un tel pouvoir déterminant sur les processus de la communication infirmière-client.

1.6.1 L'optique métacommunicationnelle

Il s'échange ainsi, comme le soutient Bateson (1977, p.148) des méta-messages pour laisser entendre quel niveau de réalité est effectivement associé à nos messages. C'est à ce niveau d'abstraction que sont façonnées les déclarations implicitement chargées de sens. Pour Scheflen (1981, p.151), les énoncés métacommunicationnels constituent « ... des justifications sociales ou individuelles, des conceptions téléologiques, des jugements de valeurs... ». Ils véhiculent également le système de mythes, les modèles et les valeurs culturels et montrent de ce fait les vraies couleurs du jeu des participants. C'est une forme de langage qui donne une clé d'interprétation des messages; c'est un message au sujet des messages, un langage sur le langage utilisé. Selon Stubbs (1983), la métacommunication sert de moniteur au déroulement de l'interaction en permettant, entre autre, de clarifier ou de reformuler les messages, de départir les rôles, de contrôler ce que se dit, de critiquer, minimiser, etc... Scheflen (1973) croit que la métacommunication sert de procédure

d'ajustement, ou de calibration des significations accordées à ce qui se passe effectivement, en actualisant les processus de négociation, support, et correction mutuels propres aux relations sociales. C'est donc une sorte de carton verbal que se montrent les locuteurs, ce qui leur permet de corriger leur tir communicationnel, de s'envoyer des signes, des commandes pour se positionner les uns en face des autres, afin de comparer leurs perceptions sur ce qui se passe, et de s'influencer adéquatement. Pour Bateson (1980, p.23), « ... cette capacité de communiquer sur la communication, de commenter nos actions significatives et celles des autres est primordiale... » pour le maintien des relations normales. La métacommunication est elle-même réglée par des impératifs sur lesquels les personnes ont des présupposés, des codes de comportement verbaux, paraverbaux et non-verbaux, laissant la situation immédiate ouverte à des facteurs d'influence innombrables.

1.6.2 La méta-communication appliquée aux sciences infirmières

Selon Watzlawick et al (1972), pour bien comprendre toutes les dimensions de la communication, il faut, en plus de se pencher sur l'aptitude à communiquer, répondre de l'aptitude à métacommuniquer. Celle-ci a, pour ces auteurs, « ... des liens étroits avec... la conscience de soi et d'autrui ». (ibid p.51) et, en somme, c'est à ce titre que les sciences infirmières se sont approprié le concept de la métacommunication. Watzlawick et al ont directement influencé la discipline infirmière en ce qui a trait à la compréhension de l'interaction. Bradley et Edinberg (1986) utilisent le concept de métacommunication pour rendre compte de ce qui permet à l'infirmière de déceler les mécanismes de défense inconscients et implicites manifestés par les clients durant une rencontre d'aide, de refléter judicieusement les comportements observés ou de mettre indirectement l'emphase sur une difficulté quelconque éprouvée par le client. Ainsi, le désir d'aider de l'aidante se transmet sans que celle-ci exprime ni désaccord ni jugement de valeur. Pour Sundeen (1989), la métacommunication est une communication sur le contenu littéral et sur la relation entre participants, et cette communication en est une d'attitudes et d'interprétations personnelles, plutôt que d'exprimer la réalité sociale ou institutionnelle de la relation comme telle. Encore ici, les valeurs sociales, les particularités culturelles des participants sont retenues en fonction de leur impact sur les instances psycho-cognitives affectant la communication et non pas en tant que facteurs déterminés par les institutions et rapportés dans le discours des participants. Il s'agit encore surtout d'une représentation personnelle de phénomènes relationnels, de sens individuel et actuel des phénomènes en cours.

Pourtant, certaines études comme celle de Ekman et Segesten (1995) par exemple, montrent la co-existence de plusieurs niveaux de réalité et ce, jusque dans les rapports verbaux que se donnent les infirmières lors des changements de personnel. Ainsi, ces auteures ont montré que le rituel des échanges oraux entre les infirmières était dominé implicitement par le paradigme médical, au détriment du modèle infirmier. Les auteures pensent que les infirmières se plient ainsi à une exigence implicite. Il est donc permis de penser que le cadre hospitalier est un symbole du pouvoir social exercé par le médecin, même dans les contextes d'activités purement infirmières: la commande métacommunicationnelle est à ce point puissante que les infirmières s'y plient spontanément. Ce type de recherche montre finalement qu'une analyse dyadique de phénomènes de communication se complétera si le cadre d'action fait également partie de l'exercice, ce cadre pouvant être un signal métacommunicationnel repérable dans les propos échangés. La métacommunication, en plus d'être un indice de décodage des messages, doit également être vue comme un indice de contextes co-existants.

1.7 L'examen multi-contextuel de la communication infirmière-client durant la relation d'aide

La revue de littérature qui précède tend à montrer une polarisation des paradigmes utiles à l'explication de la communication infirmière-client dans le pôle de la psychologie et de la psychologie sociale. La description et l'explication des situations de communication sont produites selon des variables de personnalité ou autres construits intra-psychiques. Même les variables sociologiques et culturelles sont présentées comme des variables auxquelles l'individu réagit en fonction de ses caractéristiques propres.

Pourtant, en dépit de cette focalisation disciplinaire sur l'individu, il se produit un discours qui, quoiqu'encore marginal, tend vers une incorporation des variables sociologiques comme objets d'étude centraux à la compréhension de ce qui constitue l'essence du soin infirmier. Porter et Ryan (1996), s'opposant à la conclusion de Cooke (1993) sur l'incompatibilité du nursing et de la sociologie, croient que les sciences infirmières peuvent s'intéresser aux structures sociales sans abandonner leur essence humaniste.

Ce rapprochement permet le développement d'une épistémologie des sciences infirmières qui conçoit l'agent du soin comme un acteur social en relation avec une clientèle, définie elle-même comme entité sociale, dans un environnement également social. Les structures profondes de la personnalité sont ici à l'arrière-plan du discours. Les réactions individuelles sont expliquées et explicables dans un cadre de référence extérieur aux fonctions du moi et où l'individu exerce son influence sur les processus d'un groupe, avec ou sans l'appui d'un statut social particulier (Devereux, 1972). Pour cet auteur, selon le principe du rendement, une fois qu'un discours psychologique cesse d'être rentable, il convient d'envisager le monde du social, et vice versa, pour expliquer les réalités humaines. C'est cette tangente que nous prenons dans notre examen du phénomène de la communication infirmière dans le cadre de la relation d'aide. Car les rapports qui s'établissent dans le cadre de la relation d'aide font également et intrinsèquement partie de ce que Goffmann (1988) appelle l'ordre de l'interaction, c'est-à-dire du domaine des activités exercées par les personnes quand elles sont en présence les unes des autres.

Ce qui signifie que le sens de leurs rapports en tête-à-tête, s'il peut se comprendre à travers un paradigme psychologique, celui de l'esprit individuel en relation avec d'autres, peut également s'étudier selon une optique sociale, celle de l'organisation sociale des manifestations humaines (Drew et Wootton, 1988). L'ordre de l'interaction, comme le soutient Goffman (1959), est un champ d'investigation riche en significations, et son étude est assurément du domaine de l'ethnologie. C'est l'interaction entre les locutrices, véhiculée par leurs paroles, qui en constitue le focus.

1.7.1 La communication et le langage

La vie en société humaine présuppose l'existence de réseaux complexes de rapports de compréhension entre ses membres, c'est-à-dire une communication (Sapir, 1968). Ces rapports sont constamment créés et recréés dans et par les interactions et ce, en fonction des situations. C'est le propre de la culture que de proposer un répertoire de significations, de conventions et de compréhensions intersubjectives permettant une coordination des activités humaines de façon à articuler les interactions les unes aux autres, les ordonnant ainsi (Mead, 1934; Austin, 1962; Edwards, 1976; Labov et Fanshel, 1977; Gumperz et Cook-Gumperz, 1982; Gumperz, 1971). La culture propose donc à ses membres une sorte

« d'évidence » propre à faciliter leurs exercices de compréhension mutuelle (Bibeau et al, 1992) et la communication qui s'installe entre eux permet le maintien et l'ajustement des conventions pré-établies (Labov et Fanshel, 1977).

Selon Habermas (1987), les humains sont concevables en tant que « participants à l'interaction ». La culture est donc ici « la provision disponible du savoir où les participants de la communication puisent leurs interprétations » (p.435). Alors que la société est le domaine des...« ordres légitimes au moyen desquels les participants à la communication règlent leur appartenance à des groupes... et assurent leur solidarité » (p.435). Il y aurait conséquemment, selon Goffman (1988), interface entre l'interaction et les éléments de l'organisation sociale. Ainsi, les interactions représentent pour les participants autant d'événements leur permettant simultanément de se transmettre de l'information tout en se positionnant les uns par rapport aux autres.

Cette transmission se fait par l'entremise d'une multitude de moyens symboliques et symbolisés. Le langage est de cet ordre. Pour Sapir (1968), il constitue la « forme spécialisée du comportement symbolique » (p.136), dont le but est « d'articuler et de rationaliser le contenu total... » (p.94) des actes de communications. Pour Bakhtine (1929, cité dans Bachmann, Lindenfeld & Simonin, 1991, p.9), il faut savoir envisager le langage selon une optique concrète, non pas comme un système linguistique abstrait, ni comme un phénomène du psychisme individuel.

Selon Bateson (1981), les significations des événements communicationnels s'obtiennent en regardant l'agrégat supérieur de ce qui se passe entre les participants. Selon qu'un contexte change, la signification du signal change. La compréhension d'un discours s'atteint donc par étapes consistant à situer chacune de ses unités en relation avec son contexte propre, « si bien que tout élément est toujours enchâssé et enchâssant » (Winkin, 1981). L'interprétation serait ainsi conditionnée par la réalité contextuelle. L'étude du langage et de la parole a rendu nécessaire la référence contextuelle.

Dans l'optique psychologique, le langage est d'abord une réalité psycholinguistique et est perçu, si l'on adopte l'analogie utilisée par Keller (1985, p.70), comme étant une « fenêtre de l'esprit humain », un moyen qui permet, plus que tout autre, d'appréhender son fonctionnement. La conversation représente un lieu de prédilection pour observer l'expression du phénomène psychologique. Même lorsqu'une vision psychosociale est

proposée, c'est surtout pour y cerner des significations en termes des constructions cognitives et des émotions, perceptions individuelles face à une réalité sociale. Le contenu du langage est étudié justement pour avoir accès aux formes et aux processus de l'ordre psychologique.

Orlando (1979) a montré l'importance d'étudier le langage parlé, en plus de la communication non-verbale, pour analyser la réalité de la communication d'aide. Mais, comme Peplau, elle a surtout mis l'accent sur la description des phénomènes verbaux en fonction de leurs qualités médiatrices de l'esprit humain, des motivations et valeurs personnelles. Les propos verbalisés par le client durant une entrevue d'aide visent sa propre prise de conscience. Le but reste encore ici d'élucider la compréhension individuelle des phénomènes sociaux, d'amener la personne à se distinguer des valeurs sociales qui ne sont pas réellement les siennes, à développer sa propre congruence, son identité en somme. La relation est ici thérapeutique, aidante, mais elle n'est pas étudiée en tant que relation sociale comme telle.

Pourtant, de par sa fonction fondamentale qui est la communication, le langage permet, dans le partage d'une langue intercompréhensible, l'établissement des relations sociales, en d'autres mots de « ... relations sociales établies dans et par le langage » (Bachmann et al., p 12) dont l'aspect dynamique est la parole. On s'intéressera ainsi aux sujets parlants, ceux qui, en prononçant des mots et des paroles, utilisent des règles de communication fournies par le langage pour accomplir les interactions (Gumperz et Hymes, 1972).

Si la faculté de dire selon un programme intercompréhensible constitue un aspect incontournable de la vie sociale, celle de ne « pas » dire semble être toute aussi importante à son accomplissement. Pour Tannen et Saville-Troike (1985) ainsi que pour Jaworski (1993), on ne saurait contempler de théorie générale de la communication sans en couvrir l'existence. Déjà, Wallace (1961) décrivait le silence comme étant un pré-requis à de nombreux échanges sociaux, une sorte de règle tacite permettant le fonctionnement social au même titre que la parole. Il est ainsi concevable de penser que l'existence de la vie en société dépend, de façon déterminante, du respect pragmatique d'un code bivalent déterminant ce qui est dit comme ce qui est tu, ce dernier s'inscrivant au même titre que le premier aux réseaux de rapports de compréhension et d'interactions dont nous parlions plus haut.

L'acteur social assistera ainsi aux événements sociaux muni, selon Schefflen (1981, p.151), d'un plan culturel composé d'un nombre incroyable de programmes et de variantes. Ceux-ci sont autant d'images mentales auxquelles, selon van Dijk (1984) cet acteur réagira, peut-être même davantage qu'aux événements comme tels. Les processus d'enculturation et d'acculturation permettent l'apprentissage des multiples programmes, ainsi que des règles pour leur mise en oeuvre dans les contextes appropriés, autrement dit en situation (Gumperz, 1989 b; Schefflen, 1981). Le participant à l'interaction en vient ainsi à assimiler, intérioriser, interpréter et activer dans les rencontres, les programmes et leurs contextes. Il devient, en principe, compétent en activités communicationnelles et habile en actes de discours et de silence. Il transmet des messages pour informer, et des méta-messages pour donner des clés d'interprétation supplémentaires sur le sens réel de ses messages. Il signale simultanément, par ses paroles ou leur absence, contenu et relation. C'est dans ces rencontres que se reproduit la structure sociale (Goffman, 1988).

L'exercice du langage parlé est donc avant tout une pratique de communication à l'intérieur de laquelle se combinent intimement des éléments relationnels et situationnels; de ce fait, il est constitutif de la vie sociale et de la réalité culturelle. Les comportements de communication reproduisent le processus social tel qu'il existe. Ce sont des activités qui maintiennent dans « l'ici » et le « maintenant » les configurations sociales et culturelles, et non seulement les instances psychologiques des participants, en s'appuyant sur une situation donnée. De ce fait, la communication constitue un des systèmes propres de la culture elle-même (Saville-Troike, 1982). Et une ethnographie de la communication véhiculée par le langage permet une analyse descriptive des phénomènes du monde social dont les locuteurs sont les produits en même temps qu'ils en sont les protagonistes.

1.7.2 La situation et les contextes

Hymes (1968) propose un modèle de communication qui offre une structure d'interprétation des messages exprimés durant des rencontres particulières. Pour lui, la parole est la clé maîtresse du jeu qui génère le sens du discours, de la conversation et de l'interaction. Sa taxinomie de la parole reproduit une structure d'attache sur laquelle les locuteurs produisent une communication intelligible. Les paroles prononcées sont

déterminées par la situation qui justifie leur présence en face-à-face, à un moment donné, pour un motif donné, dans un endroit donné. La relation d'aide qui réunit infirmière et client est de cet ordre. La communication qui s'y produit par l'échange de paroles est un comportement observable, une performance qui sert à accomplir quelque chose, ainsi que le propose Austin (1962) en soulignant l'aspect pragmatique du comportement parolier.

Mais ce quelque chose ne se réduit pas à signaler les cadres de la situation immédiate. Pour Knorr-Cetina et Cicourel (1981) les phénomènes sociaux sont systématiquement reproduits durant les situations en face-à-face. Entre celles-ci, réunissant des personnes au sein de dyades interactionnelles, et le cadre social global, lieu des valeurs, des normes et des institutions d'une société, se déroule en direct le processus de la socialisation. Une situation est ainsi multicontextuelle, un instantané où le macro-social habite le micro-social. Non seulement les contextes sont-ils rapportés, mais la nature des relations des personnes vivant dans ces contextes et leurs rôles respectifs y sont signalés. L'interaction verbale est un médium servant à communiquer les éléments de la situation comme les éléments du macro-contexte et des relations humaines s'y déroulant en fonction des rôles sociaux. Il faut envisager ici qu'une situation ne peut être autre chose qu'une multi-situation, où les buts de la rencontre et les principes du fonctionnement en société humaine sont simultanément recréés et développés.

Brisant la dichotomie artificielle et l'incompatibilité traditionnelle entre les phénomènes sociaux macroscopiques et microscopiques, le paradigme multi-situationnel propose comme unité fondamentale d'étude celle de l'interaction en face à face, devenue un lieu valide et essentiel de la connaissance du social dans son ensemble comme dans son particulier. Nous étayons donc ici une analyse de phénomènes interactionnels qui s'appuie sur un modèle théorique recherchant l'intégration des micro- et des macro-sociologies pour une compréhension plus globale du domaine social des activités humaines (Knorr-Cetina et Cicourel, 1981).

1.7.3 Le cadre multi-situationnel de la communication durant la relation d'aide infirmière-client

C'est cet angle multi-situationnel qui, selon nous, manque à l'effort pour produire une interprétation générale de la communication infirmière-client, de ses réalités en quelque sorte. Et c'est ce paradigme qui guidera l'investigation que nous entreprenons, dans notre compte-rendu à venir, de la signalisation de ces contextes par le maintien du silence et par les références verbales distinctes et parfois métacommunicationnelles que produisent les aidantes. En acceptant les conclusions de Cormack (1985) et de Fielding et Llewelyn (1987) que nous avons rapportées antérieurement, nous imaginons une infirmière qui, lorsqu'elle communique, est munie de représentations de ce qu'il faut dire et ne pas dire pour aider ses clients.

Ces représentations sont à ce point déterminantes qu'elles émoussent les tentatives d'acculturation professionnelle exercées par le biais de modèles psycho-humanistes perçus comme étant dissonants dans le cadre de l'expérience infirmière. Ce seraient de telles représentations qui détermineraient dans une large mesure les interventions verbales des infirmières durant la relation d'aide. Pour Gumperz (1989 a), les locuteurs sont des agents de signalisation des contextes qui les habitent et les entourent, et la parole est un moyen d'en permettre le partage. Or, ne pas reconnaître les représentations sous-jacentes aux propos et décrire leur utilité pragmatique consiste à se priver d'une connaissance de la réalité déterminante. Il serait important d'observer la nature des échanges verbaux très tôt, même durant la formation des infirmières, au moment où se produit leur acculturation aux modèles disciplinaires de la communication dans la relation d'aide. La nature de leur résistance, si elle existe, n'en serait que plus probante.

Nous espérons ainsi connaître la nature de ce monde du social qui habite les aidantes au moment où elles émettent les paroles censées aider leurs clients. Nous recherchons des manifestations de cette continuité des événements micro- et macro-sociaux durant une situation de communication appelée la relation d'aide infirmière-client.

CHAPITRE II

LA MÉTHODOLOGIE

Idéalement, le chercheur en ethnologie de la communication observe les phénomènes dans le cadre social naturel de leur apparition. À l'origine, notre intérêt se portait sur l'interaction psychothérapeutique trans-culturelle et visait la comparaison des approches chez les intervenants aux particularités ethno-culturelles distinctes.

Nos démarches effectuées pour atteindre ces exigences se sont avérées infructueuses, non seulement pour des raisons de disponibilité de lieux propices à l'observation, mais surtout pour des motifs éthiques et épistémologiques. En se portant volontaire, chaque participant, aidé comme aidant, accepte d'être observé et filmé et doit signer un formulaire de consentement. Chez l'aidant, cette contrainte peut à la rigueur influencer sa performance en l'incitant à se comporter le plus idéalement possible, ce qui somme toute ne nuit pas au client. Cependant, l'effet sur ce dernier, déjà aux prises avec ses problèmes psychiatriques, posait dilemme. En effet, puisqu'il fallait d'abord expliquer que l'objet de l'investigation était le thérapeute, nous craignions créer chez celui-ci un doute inutile quant à la nature de la relation professionnelle. Ensuite, le filmage de personnes issues de groupes ethniques particuliers avait le potentiel d'embrouiller leur conception même de l'événement thérapeutique, quand on connaît quelque peu la thématique de la psychothérapie trans-culturelle et des difficultés qui lui sont inhérentes. (Banks, 1972; Vontress, 1976; Draguns, 1975; Atkinson, 1983; Labov et Fanshel, 1977).

Également, la construction d'un échantillon représentatif devenait extrêmement onéreuse car elle commandait un contrôle impeccable de plusieurs variables en raison des exigences de l'appariement selon l'âge, le sexe, l'expérience antérieure, la formation, les caractéristiques ethno-culturelles et la classe sociale pour ce qui est des thérapeutes et les mêmes caractéristiques démographiques auxquelles nous aurions dû ajouter le diagnostic psychiatrique pour ce qui est des aidés.

Ce sont pour ainsi dire les exigences méthodologiques qui nous ont amené à redéfinir les cadres de notre recherche. Intact est resté notre intérêt initial pour la

communication et l'interaction, le cadre de cette dernière s'étant modifié pour cerner la notion globale de la relation d'aide en la distinguant de la relation psychothérapeutique. Nous avons également ciblé une population très voisine, celle des étudiantes-infirmières, ce qui nous permettait de rencontrer nos propres exigences de chercheur, tout en facilitant l'appariement souhaitable. En effet, comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent, les résultats d'études relatant l'incompétence communicationnelle de l'infirmière pointent du doigt son habileté conversationnelle, certains facteurs psychologiques intra-personnels, le contenu des programmes de formation à la communication infirmière-client, en plus de la nature même des modèles proposés de relation d'aide. Nous avons ainsi décidé d'observer, avant leur graduation, comment interagissaient de futures infirmières, soit des étudiantes-infirmières récemment formées à la relation d'aide, dans le but de comprendre des aspects nouveaux de leur interaction. Face aux limites éthiques dont nous venons de nous entretenir, nous avons opté pour le déroulement d'une expérience de communication en laboratoire, sous forme de jeu de rôle, entre des étudiantes-infirmières tenant le rôle d'intervenantes et d'aidées. Ce sont les données cueillies par enregistrement audio-visuel des entretiens qui constituent la base de nos données.

2.1 Le contexte de la recherche

L'objet de notre recherche est d'interpréter l'interaction verbale des étudiantes-infirmières jouant le rôle d'aidante durant une situation de relation d'aide et nous espérons observer des phénomènes révélateurs de la représentation qu'elles en ont. Notre méthode de cueillette de données est une observation non-participante menant à une analyse qualitative permettant l'exploration, la description et l'interprétation de catégories tirées des échanges verbaux observés durant l'expérience inter-active d'une relation d'aide. Conformément à cette approche, les catégories en question se sont imposées à nous après l'observation de nos données empiriques. Notre unité générale d'analyse est l'expression verbale des étudiantes-infirmières en tant que forme symbolique de la communication et génératrice de significations que le chercheur peut interpréter.

TABLEAU I PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS

INTER- VENANTES	AIDÉES				
	A ₁	A ₂	A ₃	A ₄	TOTAL
I ₁	1	1	1	1	4
I ₂	1	1	1	1	4
I ₃	1	1	1	1	4
TOTAL	3	3	3	3	12

2.2 Le plan de la recherche

Ainsi que le rapporte le tableau I, nous avons filmé un total de douze entrevues montrant en action trois étudiantes-infirmières interprétant le rôle d'une intervenante (I) auprès de quatre étudiantes-infirmières interprétant celui d'une aidée (A).

Chacune des trois aidantes s'est entretenue avec chaque aidée une seule fois. Le filmage s'est déroulé en juillet 1995, sur une période de trois semaines, de façon à accommoder l'horaire des étudiantes en vacances. Toutes les entrevues se sont déroulées dans le même lieu, soit un bureau vacant de professeure faisant office, pour les besoins de la cause, de bureau d'infirmière graduée travaillant dans un service de santé d'une université. Nous avons développé quatre histoires plausibles servant de scénario à la demande d'aide. Chaque aidée reprenait la même histoire tout au long de l'étude en interaction avec chacune des trois intervenantes.

2.2.1 L'échantillonnage

La population cible comprend les étudiantes-infirmières inscrites à un baccalauréat francophone en sciences infirmières qui reçoivent un entraînement à la relation d'aide durant leur formation de base. Notre propre étude s'intéresse aux étudiantes ayant complété leur troisième année dans une université bilingue de l'Ontario. Nous avons choisi ce bassin parce que les quatorze étudiantes et un étudiant y rencontrent les critères généraux de l'étude ainsi que pour des raisons d'accessibilité et de familiarité de la

chercheuse avec ce milieu. Durant leur formation, ces étudiantes sont entraînées à la relation d'aide particulièrement durant leur troisième année. Les cours théoriques sur la santé mentale et les soins psychiatriques s'accompagnent d'un laboratoire de formation pendant lequel chaque élève est filmée interprétant le rôle d'une infirmière en relation d'aide fictive. Suite au laboratoire, les étudiantes entreprennent un stage clinique d'une durée d'une quinzaine de jours, à raison de deux jours par semaine, dans les institutions de santé mentale de la région. Durant les deux premières années de formation, l'initiation à la relation d'aide s'accomplit par l'intégration de ce thème aux objectifs particuliers de cours sur la profession infirmière dont l'une des pierres angulaires est l'établissement de relations d'aide avec la clientèle.

Notre échantillon non probabiliste en est un à choix raisonné, en raison de la correspondance entre les caractéristiques des sujets et le but de notre recherche (Gauthier, 1987). La chercheuse avait été impliquée dans la formation de la moitié de la population accessible à titre de monitrice clinique durant le semestre précédent, et elle ne leur avait enseigné aucun cours théorique ni laboratoire. Nous avons attendu à la fin de l'année scolaire pour proposer une participation volontaire à notre étude sur la communication infirmière durant une relation d'aide. Il était important de ne pas exercer de pressions indues sur les étudiantes qui, leur troisième année terminée, n'ont plus aucune relation avec la chercheuse. Nous avons approché les étudiantes, une à une, jusqu'à l'obtention d'un échantillon qui nous apparaissait être approprié aux fins de notre recherche. Certaines ont refusé de participer à l'étude, se sentant mal à l'aise face au filmage. D'autres ont dit ne pas être disponibles durant l'été à venir.

Nous avons contrôlé les variables de l'âge, du sexe, de la formation à la relation d'aide, de la classe sociale et de la langue parlée des participantes à l'étude, alors que celles de la langue maternelle et de l'origine ethno-culturelle variaient de l'une à l'autre. Nous avons donc construit le trio d'intervenantes volontaires suivant: I₁, I₂ et I₃, dont le traitement des caractéristiques démographiques apparaît au tableau II. L'intérêt pour la variété ethno-culturelle de notre échantillon était au départ motivé par un souci pour le style de l'approche durant la relation d'aide. Chaque sujet a donc signé un formulaire de consentement avant de s'engager dans la recherche. (Annexe I)

TABLEAU II CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES DES INTERVENANTES

	I1	I2	I3
AGE	26	33	23
Éducation supérieure (Pré bacc. en sc.infirmières)	2 années universitaires en administration (Canada:UO)	Baccalauréat en économie (Roumanie)	Début de formation universitaire en médecine (Haïti)
Éducation des parents	M: collégiale P: universitaire	M : secondaire P : universitaire	M : secondaire 3 P: secondaire 5
Occupas parents	M : enseignante P : directeur de ressources humaines	M : éducatrice P : ingénieur	M : commerçante P : fonctionnaire
Lieu de naissance	Canada (Sorel)	Roumanie (Bucharest)	Haïti (Port-au-Prince)
Langue maternelle	français	roumain	créole
Langues parlées (autres)	anglais espagnol	français anglais allemand	français anglais espagnol
Lieu de la résidence	Ottawa(Ont)/Sorel (Qué)	Gloucester (Ont)	Hull (Qué.)

Une fois l'échantillon construit, nous avons constitué un quatuor d'étudiantes acceptant d'interpréter le rôle d'aidées durant les entretiens, également sous un mode de choix raisonné. Celles-ci étant en vacances, nous les avons joint par téléphone jusqu'à complétion du nombre souhaité. Nous avons ainsi obtenu la participation de trois étudiantes ayant terminé leur première année et une ayant terminé sa deuxième année, à qui nous

avons offert des honoraires pour les récompenser de leurs efforts. Nous avons enseigné à ces participantes dans le passé, et les avons initiées à la communication durant la relation d'aide dans le cadre d'un cours sur la profession infirmière. Notre tâche de professeur ne nous mettait plus en contact avec aucune d'entre elles durant leurs années subséquentes de formation. Nous avons contrôlé la donnée du sexe des aidées pour mieux les appairer aux intervenantes, ainsi que leur formation universitaire. En effet, il était important pour nous de choisir des aidées ayant moins de formation à la relation d'aide et moins d'expérience globale dans le programme de sciences infirmières que les intervenantes, de façon à distinguer l'ascendance des rôles des aidantes sur les aidées. Par souci d'appariement avec les intervenantes de notre échantillon, nous avons sélectionné deux volontaires dont la langue maternelle est le créole et l'origine ethno-culturelle haïtienne (A_1 et A_3) et deux dont la langue maternelle est le français et l'origine ethno-culturelle québécoise (A_2) et ontarienne (A_4). Nous leur avons expliqué que la recherche portait sur les intervenantes, leur propre participation étant requise pour amener un problème fictif à l'intervenante. Elles ont toutes les quatre signé un formulaire de consentement identique à celui proposé aux étudiantes jouant le rôle d'intervenantes.

2.2.2 Les scénarios

Nous avons puisé dans notre bagage d'expérience en tant que professeur et monitrice clinique pour monter une histoire crédible que les participantes n'auraient de mal ni à appréhender ni à simuler (Annexe 2). Il ne s'agissait pas pour les aidées de simuler de symptômes psychiatriques, mais plutôt de présenter un malaise psychologique face à une situation critique donnée. Plusieurs infirmières graduées travaillant dans des cliniques de soins de santé entrent en contact avec une clientèle aux problèmes variés et elles interagissent pour créer une atmosphère menant à relation d'aide ponctuelle, référant au besoin les clients à des professionnels de la santé particuliers selon leurs besoins. Les sept participantes ont été initiées durant leur cours à cet aspect du rôle de l'infirmière, ainsi qu'à une variété de situations auxquelles elles risquent de faire face durant leur pratique infirmière, les pseudo-intervenantes davantage que les pseudo-aidées moins avancées dans leur formation. Il faut souligner que les scénarios ne proposaient aucun dialogue. Nous avons suggéré aux « aidées » d'assumer leur rôle le plus naturellement possible pendant les enregistrements. Nous leur avons expliqué que l'histoire problématique fournie ne constituait qu'une trame souple justifiant leur consultation et que durant les entrevues, elles restaient libres de parler comme bon leur semblerait pour actualiser l'identité empruntée.

Enfin, nous avons demandé aux sept participantes de ne pas s'entretenir des situations qu'elles interpréteraient durant toute la durée des enregistrements, afin de préserver le plus possible la spontanéité de leurs prestations.

Conformément à nos attentes, la distribution des rôles des intervenantes comme celle des aidées s'est effectuée sans qu'aucune d'entre elles n'ait eu à poser de question de fond sur comment il fallait faire pour tenir les jeux de rôles à venir. Nous pensons que les aidées A₁, A₂, A₃ et A₄ qui ne se sentaient pas directement visées par l'exercice, ont pu se figurer comment interpréter l'histoire de leur personnage fictif en raison de la plausibilité du scénario et d'une certaine familiarité avec la situation d'aide. Quant aux intervenantes, nous croyons qu'elles avaient une représentation suffisamment claire de ce qui les attendait en vertu de leur propre formation théorique et pratique au rôle d'élève-intervenante.

2.2.3 L'enregistrement des entrevues

Nous avons privilégié le filmage intégral des entrevues comme convenant à nos objectifs empiriques et à notre approche qualitative. Les enregistrements ont eu lieu en juillet 1995, c'est-à-dire un peu moins de deux mois après que les participantes aient eu signé leur formulaire de consentement. Il va sans dire que nous avons des appréhensions face au maintien des intentions de participation des volontaires. Le fait d'avoir proposé des honoraires aux « aidées » a pu les inciter à respecter leur engagement initial. Soulignons que les « intervenantes » ont décliné dès le départ toute offre de compensation pécuniaire, affirmant vouloir vivre une expérience enrichissante. Le filmage s'est déroulé sur une période de trois semaines, au gré de la disponibilité des participantes en vacances. Nous avons donc jumelé chaque intervenante (I) à chaque aidée (A) en prévision d'une seule rencontre.

Il était souhaitable pour les fins de notre étude que l'événement interactif entre les sujets de l'étude et les aidées n'ait lieu qu'à une seule reprise, de façon à garder intact l'effet de nouveauté chez les intervenantes. Nous avons même envisagé de reprendre plus tard la série des quatre entrevues dans le cas où une difficulté d'ordre personnel ou technique eut entravé la procédure, ce qui aurait impliqué la recherche d'une nouvelle volontaire-intervenante. Heureusement, chacune des entrevues s'est déroulée conformément à nos attentes, même s'il y a eu quelques interruptions par des personnes s'étant trompées de bureau. Les participantes ayant tout simplement continué leur activité

en cours, nous avons apprécié ces moments comme étant des exemples naturels d'interruption et accepté les enregistrements comme étant un matériel de recherche crédible. Nous nous entretiendrons d'ailleurs plus longuement sur l'actualisation du jeu de rôle dans le prochain chapitre. Un technicien en technologie audio-visuelle vérifiait régulièrement, entre les sessions, l'état de marche de la caméra et de son micro intégré, une grande fenêtre ayant permis l'utilisation d'une lumière naturelle. Au début, nous allions démarrer nous-même l'appareillage et plus tard, les intervenantes et aidantes en ont pris l'initiative. La caméra reposait sur un trépied face au plan de filmage à environ quatre pieds des participantes, et ce pour chaque entrevue. Nous avons procédé à la mise en place des acteurs au début des enregistrements pour leur indiquer le positionnement souhaité, soit assise côte-à-côte et se faisant légèrement face, les chaises déjà installées servaient de marqueurs stables. Après quelques séances, les participantes se sont installées sans notre intervention. Nous n'étions pas présente durant le filmage, mais attendions la fin des entrevues dans notre propre bureau, situé à proximité du lieu d'enregistrement. Les participantes venaient nous remettre la cassette vidéo une fois l'événement terminé. Nous avons avisé les intervenantes qu'il n'y avait pas de limite de temps rigide à leurs entretiens, nous leur avons toutefois suggérer une durée de trente à quarante-cinq minutes, ce qui correspond, selon nous, à une durée acceptable pour une situation de relation d'aide.

2.2.4 Le jeu de rôle

Nous avons opté pour le jeu de rôle comme source de données brutes. Nous nous sommes ainsi demandé dans quelle mesure un tel laboratoire de communication pouvait constituer un « terrain », au sens ethnographique du terme.

Le jeu de rôle a abondamment servi de méthode pédagogique auprès de personnes destinées à agir dans les interactions face à face. (Wohlking et Gill, 1980; Wolf et Duffy, 1979). Le but ultime de cette simulation étant l'entraînement, en laboratoire, à des conduites professionnelles jugées souhaitables. Plusieurs professionnels de la santé, tels que les médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, etc..., sont formés par cette méthode, comme l'ont été d'ailleurs les sujets de notre étude, dans le cadre de leur préparation à un stage en milieu psychiatrique. De surcroît, leur expérience avait été enregistrée sur vidéo-cassette par leur professeure comme outil d'apprentissage personnalisé, et ce, une dizaine de mois précédant leur collaboration à notre recherche.

C'est donc dire que les sujets étaient familières avec la double expérience du jeu et du filmage.

A des fins thérapeutiques, la méthode du jeu de rôle a été caractérisée par Moreno (1961) comme étant une approche révélatrice des réalités psychosociales définissant le client à un moment de son histoire.

Pour ce qui est de la recherche comme telle, l'utilisation du jeu de rôle comme source de données signifiantes est théoriquement ancrée dans l'importance conceptuelle des notions de rôle, jeu et simulation comme source de compréhension et d'explication des phénomènes se rapportant à l'activité humaine et sociale. Thomas et Biddle (1966) attribuent à Mead, Linton et Moreno la démonstration de l'utilité du concept de rôle en sciences sociales et psychosociales: le premier, pour avoir décrit le rôle comme un ensemble d'activités attendues chez des personnes occupant certaines positions dans un groupe; le deuxième, pour avoir fait de ces rôles des éléments sociaux indissociables du statut ou du positionnement des personnes entre elles; et le troisième, pour avoir noté la capacité humaine de recréer, par le biais de la dramatisation, des réalités de son histoire personnelle et sociale.

Mais la capacité de se représenter et jouer un rôle ne renseigne pas uniquement sur la force des statuts ordonnant et réglant les activités interpersonnelles. S'il est vrai que la nature du rôle affecte les relations en terme de dominance et de formalité, Wish et Kaplan (1977, cités par Giles et Coupland, 1991, p.13,14) ont également souligné l'impact du contexte situationnel sur l'interaction, en particulier celui de la nature de la relation interpersonnelle.

Plusieurs études ont utilisé comme source de données la méthode du jeu de rôle. Selon Sarbin (1966), la personne possède l'aptitude de faire « comme si », laquelle sous-tend l'activité imaginaire requise pour jouer le rôle de quelqu'un d'autre. Mann et Mann (1966), ainsi que Bales (1966) ont, entre autres, montré la possibilité de transposer l'analyse de phénomènes observés lors d'activités de jeu de rôles en laboratoire, à des réalités du monde réel. Selon Wolf et Duffy (1979), le jeu de rôle permet la pratique de conduites courantes, dans un milieu réel. Goffman (1974) conclut que bien que le comportement humain réel, sa structure et son organisation soit l'ultime objet de l'analyse

sociale, des transcriptions de celui-ci, parmi lesquelles s'insèrent les simulations, se prêteraient aux mêmes fins, constituant en somme des variations sur un même thème.

Ce qui s'applique aux conduites en général, se rapporte également au comportement de parole. Même en jouant un rôle, notent Watzlawick et al, (1972), les protagonistes recréent des règles véritables de fonctionnement qui déterminent la nature de leur communication interpersonnelle. Ces règles se forment en fonction d'impératifs contextuels actuels et antérieurs, fort complexes, mais accessibles à l'analyse. Même en feignant un rôle, les utilisateurs d'une langue sont tenus de jumeler leur phrase avec le contexte, et de ce fait, leur capacité à le faire peut être étudiée dans un cadre tout à fait pragmatique de la communication. Le discours sera ainsi joint aux représentations du rôle à accomplir, et simultanément aux nécessités émergentes imprévisibles et relationnelles.

Pour Cicourel (1964), il faut accepter la simulation ou le jeu de rôle comme moyen expérimental menant à la découverte de significations. Il émet cependant des critères d'acceptabilité, le premier étant l'établissement d'un consensus entre chercheur et sujets, sur le sens et les propriétés de l'événement social à simuler. Le deuxième réside dans le caractère réaliste de la situation expérimentale, lequel se reconnaît dans le consensus manifeste de chercheurs à cet effet. Un troisième s'inscrit dans la facilité à répéter une telle expérience. Un autre, identifié par Cicourel, est la possibilité, en recourant à une simulation, de repérer les attentes des acteurs eux-mêmes, dans leur actualisation du rôle joué. De plus, en citant les travaux de Schultz, Cicourel supporte aussi la notion qu'une simulation doit permettre l'émergence des normes et caractéristiques des événements « normaux ». Les travaux de Garfinkel (1967) ont également amené Cicourel à reconnaître que chaque événement, indépendamment de son caractère de « jeu », rend compte des processus sociaux à la base des structures sociales contextuelles propres à la situation.

Nous soutenons que nos propres données répondent aux critères stricts d'admissibilité proposés par Cicourel. Tout d'abord, il existait un consensus entre les participantes et nous-même, sur le sens et les caractéristiques de la situation « à jouer ». En leur demandant de simuler une situation de relation d'aide dans laquelle elles seraient l'infirmière, aucune des « intervenantes » ne s'est posé de questions ni sur le « comment faire », ni sur le « ce qu'est » la relation d'aide. À part les craintes personnelles face au désir de bien performer, les sujets de l'étude ont automatiquement entrepris leur rôle simplement en se basant sur leur bagage d'expériences antérieures. Nous avons d'ailleurs

mentionné que les intervenantes n'en étaient pas à leurs premières armes dans l'expérience du jeu de rôle. Toutes avaient été filmées en train de simuler une infirmière qui désirait communiquer de façon thérapeutique avec quelqu'un qui jouait le rôle d'un ou d'une cliente. De plus, chacune avait également terminé un stage en soins psychiatriques, à l'intérieur duquel elle a tenté d'établir des relations thérapeutiques avec plusieurs patients. Bien que l'expérience du jeu qui leur était proposée ne comportait pas de rôle de patients psychiatriques, la catégorie « relation d'aide » leur était suffisamment familière pour provoquer chez elles l'émergence de conduites compatibles avec leur représentation de la situation de relation d'aide.

Pour nous assurer du réalisme des situations qui furent jouées, nous avons demandé à une collègue de se prononcer sur la ressemblance observée entre le jeu des participantes et son expérience personnelle de situations thérapeutiques. Selon elle, le déroulement des activités enregistrées sur film pouvait se comparer avec son expérience de ce genre de situation, même si elle enregistrait des lacunes dans la qualité de certaines répliques. Par exemple, elle a noté les conseils donnés par les aidantes aux aidées, ce que le modèle de la relation d'aide tend à décourager, comme : « Ne pas te laisser emporter juste avec ton opinion,... puis essayer d'écouter l'autre aussi » ($I_3 A_4$), et « Est-ce que tu as déjà essayé de lui demander pourquoi elle veut mourir? » ($I_1 A_3$) ou encore certains jugements exprimés par les aidantes « ... c'est déjà entré trop dans ta vie personnelle » ($I_2 A_3$). Pour nous, les conversations observées entre les participantes constituent ce que Gumperz (1989 b) et Hymes (1972) appellent un événement de parole ou une « situation-clé » dont l'analyse permet l'accès à l'arrière-plan social transcendant l'interaction immédiate.

Le protocole utilisé pour cueillir nos données peut très facilement être reproduit, surtout dans le contexte de sujets étudiantes en sciences infirmières. La cohorte étant majoritairement féminine, la possibilité de réunir des interlocutrices possédant des caractéristiques comparables est aisément envisageable. L'expérience est facile à répéter intégralement et ce, à peu de frais. L'âge des participantes correspond à celui de jeunes graduées, étant donné leur stade de pré-finissantes. L'âge de leur clientèle fictive est également conforme à celui d'étudiantes rencontrées dans une école de sciences infirmières. D'ailleurs celles qui ont joué le rôle d'étudiantes-infirmières étaient elles-mêmes des étudiantes en sciences infirmières. Enfin, la méthode qui consiste à demander la participation de volontaires prêts à jouer des rôles est commune. Un point qui mérite d'être souligné ici est que les étudiantes jouant le rôle d'une cliente de la clinique de santé de leur

université, sont très facilement entrées dans la peau de leur personnage. Une simple lecture de leur cas fictif leur a permis de jouer leur personnage avec simplicité et conviction.

La performance que nous avons sollicitée dans le cadre du jeu était suffisamment contraignante pour diriger globalement les conduites des sujets de l'étude. La chercheuse leur demandait de faire comme « si » elles étaient des infirmières travaillant dans le bureau de santé de l'université (qu'elles connaissent bien), et de répondre à des demandes d'aide de la part d'étudiantes infirmières, selon les principes d'une communication infirmière-cliente aidante. Ces participantes ignoraient la nature de la requête qui leur serait soumise par les clientes fictives. Le filmage a permis d'observer comment chaque acteur actualise le rôle qui lui est octroyé. Le fait que le filmage se soit déroulé en vase clos, si l'on peut dire, où les participantes échangeaient sans la présence de la chercheuse, a contribué à garder un caractère de réalité à l'événement. L'œil de la caméra a, bien sûr, un effet d'entrave à la spontanéité purement individuelle des participants, mais cette entrave sert en fait d'encadrement renforçant finalement la requête de « bien » se comporter, ce qui est compatible avec la théorie sur la prise de rôle.

Finalement, les jeux de rôle ont laissé libre cours à l'expression de phénomènes normaux couramment rencontrés dans le cadre de rencontre infirmière-client, et ont permis une analyse productive de leur communication interpersonnelle. Durant l'expérience, les composantes de cette communication, telles qu'énumérées par Hymes (1968, 1972) ont été reproduites. Les participants ont pris des rôles crédibles d'aidants et d'aidés, en se comportant selon les conventions. Le milieu ou cadre de leur interaction reproduisait fidèlement ceux de la réalité. Et le sujet de leur rencontre (le motif de la consultation) se comparait à des catégories de sujets communément rencontrées dans un tel cadre. D'ailleurs les quatre scénarios, s'ils sont des créations imaginaires de la chercheuse, n'en sont pas moins crédibles et réalistes, étant donné l'éventail quasi infini des motifs justifiant les consultations dans de telles cliniques.

2.2.5 La transcription des entrevues

Une fois tout le matériel capté sur vidéo-cassette, nous avons procédé à sa transcription. Nous étions en possession d'un matériel verbal et non-verbal intégral. Bien que ce dernier soit, à juste titre, prégnant à l'attribution de significations particulières au contenu de toute interaction, nos propres objectifs de recherche nous ont amené à ne

retenir que le texte oral comme source de données. En effet, notre intérêt cible les tâches du discours dans le signalement, et des contextes situationnel et macro-social, et des relations interpersonnelles s'y produisant; il cible aussi la fonction métacommunicationnelle se rattachant aux tâches discursives. Le technicien en technologie audio-visuelle a copié la bande sonore de chaque document sur des cassettes compatibles avec la technologie des transcrip-teur et enregistreuse traditionnelle. Nous avons ensuite consigné le plus fidèlement possible le discours intégral de chaque locutrice, y compris les erreurs de syntaxe et la consonance phonétique, à partir des dites cassettes. Nous avons ponctué le texte de la façon qui nous semblait la plus naturelle selon l'intonation des locuteurs. Nous avons réexaminé les documents originaux dans les cas où la superposition de paroles simultanées en rendait la transcription ardue.

Nous avons choisi de consigner les dialogues en numérotant les tours de parole des locutrices, ce qui nous semblait respecter le format de la situation de relation d'aide où leur alternance est naturelle. Ainsi, la notation a. représentait les paroles prononcées par l'initiatrice du discours et alors que b. correspondait à celles de la co-locutrice y ayant répondu. Éventuellement, cette notation rend fidèlement compte de la distinction du rôle d'intervenante de celui d'aidée.

2.3 L'émergence des thèmes de la recherche

Conformément à notre démarche qualitative, les thèmes de notre analyse ont donc été induits après examen de la transcription des textes oraux. Suite à l'examen global des douze situations, nous avons conclu que les entrevues entraient bel et bien dans l'ordre de l'interaction, c'est-à-dire, selon Labov et Fanshel (1977), que les sujets émettaient un langage verbal où nous pouvions repérer leur position particulière, dans notre cas celle d'aidante et d'aidée, au sein de l'activité en cours. Nous avons noté également qu'il s'établissait, par ce langage, une communication entre les participantes, c'est-à-dire des rapports intersubjectifs de compréhension ou de signification, au sens où l'entendent Mead (1934) et Austin (1962).

Un examen plus ciblé des transcriptions nous a mené ensuite à isoler conceptuellement les propos des intervenantes dans le cadre de la situation de relation d'aide. Il nous est apparu que certains de leurs propos visaient non seulement la situation

comme telle, mais également des contextes extérieurs macro- et micro-sociaux. Cette constatation justifiait un campement des phénomènes communicationnels observés dans un cadre d'analyse multicontextuelle, lequel présuppose que l'interaction face à face, en plus de révéler la présence de phénomènes interactionnels propres à la situation immédiate (contexte immédiat), donc micro-sociale par définition, permet également et simultanément aux locuteurs de partager des représentations de réalités plus méso-sociales (contextes organisationnels ou institutionnels) et macro-sociales (ethos ou valeurs et normes d'une société). Ainsi que nous l'avons dit dans le chapitre précédent, nous nous sommes éloignée de la dichotomie et de l'incompatibilité conceptuelle traditionnelle entre les phénomènes sociaux macroscopiques et microscopiques, et avons plutôt opté pour un paradigme multi-situationnel où il est proposé comme unité fondamentale d'étude, celle de l'interaction face à face, devenue un lieu valide et essentiel de connaissance du social dans son ensemble comme dans son particulier (Knorr-Cetina et Cicourel, 1981).

Une fois campé notre cadre global d'analyse, nous avons considéré les mêmes propos dans le cadre de paramètres pragmatiques voulant que les locuteurs modélisent leurs messages verbaux selon leur représentation d'une situation donnée (Lindenfeld, 1988; Gumperz, 1971; Malinowski, 1974; Hymes, 1972). En effet, notre méthodologie, c'est à-dire l'observation non participante de la communication verbale, ainsi que le nombre limité de nos sujets, porte à une analyse où les pratiques langagières s'explorent et s'interprètent selon leur aptitude à contextualiser, et non pas à renseigner, par exemple, sur des motifs personnels ou ethnoculturels. L'objet premier de notre recherche est l'analyse de l'utilisation de la parole comme moyen référentiel de contextualisation. Il ne s'agit pas ici d'analyser le contenu comme tel des entretiens face à face, pour ensuite en tenter l'extrapolation, mais plutôt de montrer comment les aidantes observées naviguent entre différents niveaux de contextes pour communiquer durant la situation micro-sociologique qu'est l'entretien en tête à tête. Une approche pragmatique nous permet de décrire l'effet contextualisant des paroles prononcées par les intervenantes durant les interactions. Nous croyons qu'une telle approche correspond le mieux à notre problème de départ qui consiste à observer les représentations des sujets de la situation de relation d'aide.

Ces angles pragmatique et multi-situationnel complètent également une vision métacommunicationnelle de la communication. En effet, en regardant les paroles prononcées par les intervenantes, nous avons été confrontée à deux réalités pragmatiques. D'un côté, l'aspect symbolique de la forme langagière, et de l'autre l'aspect sémantique de

cette forme, c'est-à-dire les significations possibles du message. Ces deux aspects combinés nous semblaient exercer des fonctions de contextualisation. La métacommunication qui nous intéresse ici est celle qui permet de transcender ce contenu explicitement immédiat de la parole pour accéder à la signification d'un message, soit au niveau de la situation et des contextes qu'il vise, soit au niveau des relations interpersonnelles qu'il implique, puisque le sens d'un message repose aussi sur le processus relationnel unissant les interlocuteurs. Selon Schefflen (1973), la métacommunication est une performance servant à corriger, réglementer, contrôler ou réduire une ambiguïté dans le processus communicationnel en cours. Nous avons étendu considérablement cette opération non seulement à la relation d'aide en cours, mais également à des contextes ainsi qu'à des relations interpersonnelles, y compris celles marquées par la distinction des rôles.

Nous avons repéré ensuite la répétition d'un phénomène communicationnel que nous pourrions interpréter selon les paramètres multicontextuel, pragmatique et métacommunicationnel déjà mentionnés. C'est ainsi que nous avons noté la récurrence de références à la production de la parole chez les trois intervenantes de notre étude. Par exemple, ces références prenaient la forme de: « Tu lui en as *parlé*? » (I_3A_3), « Je vais te *dire* là, je suis inquiète de ta santé. » (I_1A_1) ou encore: « Veux-tu que je te *dise* la vérité? » (I_2A_4). Il s'est graduellement imposé à nous que le pré-supposé établissant le comportement de parole comme étant au centre des activités sociales est bien davantage que le fruit de l'interprétation des chercheurs et théoriciens de la communication humaine. Les intervenantes de notre cohorte montrent qu'elles possèdent elles-mêmes cette information, qu'une portion de leur discours s'applique à transmettre à leurs co-locutrices durant leurs entretiens.

Nous avons alors conclu que nous ne pouvions pas considérer ces références à la production de la parole comme ayant une signification neutre, mais, que bien au contraire, elles pouvaient se comprendre comme des messages sur la puissance sociale de la parole et sur des paramètres de son utilisation dans divers contextes sociaux. En se référant ainsi à la production de la parole, les étudiantes qui ont tenu le rôle d'intervenante ont ciblé un comportement social complexe dont nous tenterons de démêler les fils.

C'est ainsi que nous avons opté pour une exploration des références à la parole en tant que comportement accomplissant une fonction particulière de contextualisation. L'analyse que nous proposons porte donc sur les références verbales des étudiantes jouant

le rôle d'intervenante dans cette activité sociale qui consiste à parler. Toutefois, l'observation des données brutes nous a également incité à rendre compte d'un phénomène essentiel au déroulement des situations de relation d'aide, celui du silence rigoureux sur l'activité du jeu de rôle. Nous avons en effet tenté de repérer les instances où les intervenantes trahiraient, si l'on peut dire, le fait qu'elles réagissent finalement à des situations fictives. Conformément à notre cadre pragmatique, nous voulions constater comment la situation de jeu de rôle, qui est en soi un contexte non négligeable, était signalée dans le discours des intervenantes. C'est ainsi que nous avons noté ce silence rigoureux sur le jeu de rôle en cours. Nous décrirons et analyserons ce phénomène dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

LE SILENCE: UNE RÉFÉRENCE PRAGMATIQUE AU JEU DE RÔLE

Nous avons déjà défini la relation d'aide comme étant la situation immédiate justifiant la rencontre des locutrices. Or, cet exercice nous a paradoxalement amené à devoir d'abord rendre compte d'une autre de nos constatations, une autre évidence en quelque sorte, celle de l'absence de référents explicites à la situation pourtant bien réelle que constitue le jeu de rôle. En effet, les participantes ont « joué » aux aidantes et aux aidées. Et cette réalité a d'abord attiré notre attention, alors que nous nous demandions comment les interactantes la révéleraient durant leurs entretiens. Nous avons alors constaté que les participantes avaient gardé sous silence le fait qu'elles faisaient « comme si ». Aux nombreuses références à la parole que nous nous apprêtions à analyser, se contrastait résolument le silence des intervenantes sur l'activité du jeu de rôle en cours. Nous proposons donc d'interpréter ce silence dans le cadre d'un modèle qui récupère les perspectives pragmatique, multi-situationnelle, relationnelle et métacommunicationnelle, les mêmes qui sous-tendront ultérieurement notre analyse de la référence des aidantes à la production de la parole.

TABLEAU III FRÉQUENCE DES TOURS DE PAROLE EN FONCTION DES INTERACTIONS ENTRE LES INTERVENANTES ET LES AIDÉES.

INTERVENANTE	AIDÉE				
	A1	A2	A3	A4	TOTAL
11	226	233	209	117	785
12	122	318	258	219	917
13	172	222	448	254	1 096
TOTAL	520	773	915	590	2 798

3.1 Les allusions indirectes au jeu de rôle

Si nous avons noté le maintien d'un silence systématique sur le jeu de rôle, nous avons tout de même repéré quelques allusions indirectes à la situation ludique en cours. Par ceci, nous entendons que certains propos trahissent subtilement que l'activité en cours est en fait un jeu. Au total, deux mille sept cent quatre-vingt dix huit tours de paroles ($n = 2798$) ont été transcrits (tableau III). Parmi ceux-ci, nous avons observé cinq ($n = 5$) commentaires par lesquels une locutrice laisse échapper qu'il s'agit en fait d'une situation fictive. A_1 indique à I_1 :...« Je suis aussi étudiante », et A_4 fait de même, toujours avec I_1 , lorsqu'elle dit: « Moi aussi, je suis, eh, étudiante en ... infirmière... ». Les deux messages renseignent sur le fait que chaque aidée reconnaît bien que son interlocutrice n'est pas une vraie infirmière, mais plutôt une étudiante, comme elle, par son emploi du mot « aussi ». Quant à A_2 , elle vise le fait que I_1 est une étudiante de troisième année, s'embourbant quelque peu, quand elle dit: « Vous autres, là, troisième,..., deuxième, ... troisième ..., vous avez, pas des techniques, mais du vécu, un petit peu ... ». I_2 révèle aussi sa propre confusion sur son rôle d'intervenante, lorsqu'elle avance: « ... c'est toujours encourageant ... de voir qu'il y a d'autres étudiants ... qui ont tellement d'amour pour les gens... », le mot « autres » indiquant la similarité de leurs rôles réels. Finalement, I_1 se reprend juste à temps, lorsqu'elle avance: « ... Je sais qu'ici, eh... Moi, quand j'étais à l'Université... », le début de sa remarque suggérant son statut actuel d'étudiante. Ces remarques n'ont toutefois donné cours à aucune réplique verbale de l'interlocutrice, aidante ou aidée, indiquant l'appréhension d'un tel message, ce qui a eu comme effet de ne pas l'inscrire à un niveau pragmatique de communication, en dépit de la métacommunication sous-jacente.

Ces passages plutôt exceptionnels se rattachent à un principe socio-linguistique important, à savoir qu'un événement de parole détermine le discours des locuteurs. Nos données suggèrent finalement que nous sommes en présence d'au moins deux situations simultanées et intimement imbriquées. Dans la première situation, les locutrices acceptent de faire « comme si », donc de jouer, alors que dans la deuxième, elles interagissent selon leur représentation de ce qu'est la relation d'aide. Ainsi, l'événement du jeu de rôle peut-il s'associer pragmatiquement à l'événement de relation d'aide. En somme, comme nous tenterons de le démontrer, il ne faut pas se surprendre de la présence des quelques allusions au « jeu » de rôle lors des entrevues, et encore moins de leur absence. Nous inférons qu'il y avait, durant les entretiens enregistrés dans le cadre de cette étude, un

principe pratique à l'oeuvre, une sorte de règle du silence envers l'activité du jeu de rôle en cours, cette règle permettant la tenue de la situation de relation d'aide.

Goffman (1974) construit un modèle descriptif du jeu qu'il présente comme la transformation que les interactants apportent à un schéma interactionnel conventionnel réel et qui sert de cadre à l'expérience humaine fictive s'y déroulant. Goffman y propose même une taxinomie des fictions les plus couramment interprétées dans la société américaine, telles que les démonstrations performées par les néophytes se pratiquant à leur rôle futur, les représentations dramatiques, les psychodrames ou encore les simulations pour les fins d'une recherche où des hypothèses sont testées. Notre propre devis n'appartient pas strictement à la classification suggérée par Goffman, car nos étudiantes ne se pratiquaient pas nécessairement ici en vue d'un rôle technique futur et n'étaient pas évaluées dans ce sens, pas plus qu'elles n'interprétaient un texte écrit. Les aidées ne dramatisaient pas leurs problèmes réels, et bien que les intervenantes aient vu dans l'exercice une occasion d'apprentissage, la participation des aidées doit être liée à l'attrait de la rémunération. Pourtant, la proximité conceptuelle avec la dite classification nous incite à considérer le jeu de rôle des participantes comme étant de l'ordre des transformations décrites par Goffman.

Mais comment de telles transformations sont-elles possibles? Goffman (1974) croit que le jeu est simulé avec assurance à condition que le mensonge sous-jacent à son exécution soit interprété par les participantes comme faisant partie de l'événement, en d'autres mots qu'il soit sanctionné. Si l'honnêteté sert de règle aux interactions ayant lieu dans le monde ordinaire, l'auteur avance qu'un autre thème structural intervient lorsque les joueurs agissent en sachant qu'ils ont quelque chose à cacher. Nous pensons que le silence est un moyen pragmatique permettant cette transformation, une sorte de catalyseur qui rend le jeu crédible.

3.2 La définition pragmatique du silence

Si « Dire, c'est faire » (Austin, 1962), comme le soutient la théorie pragmatique de la communication, nos données nous amènent pour l'instant à nous demander plutôt : « Ne pas dire, c'est quoi? ».

En donnant l'instruction aux intervenantes de se comporter comme si elles étaient des infirmières en situation de relation d'aide, nous avons implicitement dressé sans le dire un contexte déterminant. Bien que nous n'ayons en aucun moment informé les participantes de ne pas « trahir » le fait qu'il s'agissait en réalité d'un jeu, aucune d'elles, aidées et aidantes confondues, n'a trouvé pertinent d'exprimer verbalement et directement qu'elle ne faisait que jouer un rôle. En principe exclusivement centrées sur les propos des intervenantes, nos données nous ont mené éventuellement vers un examen du silence également noté dans la contribution des aidées. En effet, nos observations mettaient en relief leur collaboration essentielle dans le maintien du silence.

La complicité des participantes à performer comme « si c'était vrai » a été observée, même dans les moments où nous aurions pu nous attendre à une redéfinition explicite de la situation de relation d'aide. En effet, il y a eu trois ($n = 3$) interruptions au déroulement des entrevues. La première, implique I_2 et A_2 , au tout début de leur l'entretien, alors que la porte est fermée à clé, empêchant ainsi l'aidée d'entrer sur l'invitation de l'intervenante. L'incident s'est déroulé sans rupture de contexte, chacune émettant l'évidence « c'est barré », permettant ainsi aux participantes d'intégrer l'imprévu à la trame de la situation de relation d'aide sans métacommuniquer sur sa nature fictive. Deux autres interruptions, cette fois par des personnes s'étant trompées de bureau, auraient pu également créer une diversion dans le déroulement de la relation d'aide en cours (I_2A_2 et I_1A_4). Ici aussi, l'imprévu est vite récupéré sans mention du caractère fictif des entrevues actuelles.

Ayant été nous-même juge, dans un passé récent, pour évaluer certaines caractéristiques de la démarche expérientielle d'infirmières autorisées jouant le rôle de préceptrices auprès d'étudiantes infirmières, nous avons également observé ce fait. Les participantes à cette étude, (Guimond, 1998), filmées avant, pendant et après une expérience clinique simulée, émettaient, durant l'épisode « après » des commentaires du genre: « Si c'était vrai, il faudrait faire... », mais jamais durant l'épisode « pendant ». Nous avons observé ce même type de silence dans nos propres données. Notre position est que le jeu de rôle représente, en soi, une situation immédiate, imbriquée forcément et implicitement dans le déroulement de la relation d'aide. Quant à cette dernière, elle constitue l'événement micro-social officiel de parole déterminant ainsi le type de relations complémentaires entre aidées et intervenantes. Le silence au sujet du jeu en cours détermine conséquemment l'établissement crédible de la situation d'aide.

Pour étayer le concept du silence, référons-nous à Jaworski (1993) pour qui le silence ne peut, ni se définir, ni être classifié comme une variable discrète et essentielle. Il faut plutôt le décrire dans un but utilitaire, à partir de théories expliquant les phénomènes qui nous intéressent. Si le silence ne possède, en soi, aucune caractéristique naturelle, il pourra se définir conséquemment en conformité avec notre propre cadre théorique.

Cette optique guidera donc notre discours, car la catégorie de silence qui nous intéresse ici, celui se conjuguant avec l'actualisation du jeu de rôle, n'a pas été à notre connaissance, analysé par la littérature comme un phénomène ethno-linguistique en soi. Tannen et Saville-Troike (1985) ont bien présenté une perspective sur le silence intimement enraciné dans la communication face à face, mais elles n'ont pas abordé le concept du silence qui permet de jouer de façon vraisemblable un rôle que l'on ne détient pas réellement. Jaworski (1993) n'aborde pas non plus le thème du silence en relation avec la nécessité de jouer un rôle. Et bien que Goffman (1974) ait relié explicitement, comme nous l'avons vu plus haut, la nécessité de cacher quelque chose à la nécessité de convaincre, il ne va pas jusqu'à identifier le silence comme étant un concept régulateur des transformations notées.

Cette pauvreté théorique sur ce sujet nous incite par conséquent à présenter une définition du silence prégnante à notre propre cadre de référence. Ainsi, nous lui attribuons cette dimension essentielle, celle de l'absence, comme telle, de référence verbale explicite au fait que les participantes ont entre elles des relations fictives dans le cadre d'une situation elle-même fictive. Sa présence devient une métacommunication muette et essentielle calibrant continuellement les propos et les relations des participantes durant les entrevues. Il permet ainsi de séparer les rôles réels de co-étudiantes à ceux, fictifs, d'aidées et d'aidantes. Le silence devient donc un outil implicite de navigation entre une variété de contextes micro-, méso- et macro-sociaux entourant le fait que les participantes simulent des rôles et relations interpersonnelles.

3.3 Le silence entourant la situation micro-sociale du jeu de rôle.

La communication: « Ceci est un jeu », que Bateson (1977) observe chez les singes et cétacés, et qu'il applique aux humains, comme étant un message métacommunicationnel

permettant aux protagonistes de se signifier mutuellement la nature de leur relation, est un constat applicable à nos propres observations. Pour Bateson (1977, p.211) le jeu n'est possible que si les organismes...« sont capables d'échanger des signaux véhiculant le message: « ceci est un jeu ». Or, comme nous l'avons mentionné, notre tentative pour repérer de tels messages verbaux dans les entrevues filmées s'avère infructueuse, jusqu'au moment où nous envisageons le silence sur la situation de jeu comme tel, comme pouvant être en soi un acte métacommunicationnel dont la fonction première semble être de maintenir la communication, donc la relation entre les participantes, dans le cadre de leur activité fictive de relation d'aide. Leur silence sur le jeu est en quelque sorte une règle tacite qui leur permet effectivement de jouer leur rôle, une sorte de non-dit phatique créateur d'une connivence sur ce qu'il convient de faire, donc de dire, dans une situation créée de toutes pièces.

Dans leur observation pragmatique de la communication, Watzlawick et al.(1972, p.259) font référence à la notion introduite par Koestler, celle de la « biassociation », selon laquelle l'acte créateur, par opposition à l'acte routinier, repose sur ce processus qui permet de percevoir une situation sur plusieurs plans, chacun ayant sa propre logique, mais qui sont essentiellement contradictoires. L'acte de jouer un rôle ou de « faire comme si » est, assurément, un acte de pure création. Une mention directe des participantes au fait qu'il ne s'agit que d'un jeu aurait eu pour effet d'embrouiller la logique communicationnelle qui sépare le plan « fiction » du plan qui consiste à « se comporter en infirmière aidante, ou en aidée ». La situation « nous jouons un rôle » ne peut donc être soulevée explicitement par les étudiantes dans la situation de relation d'aide, car sa mention aurait pour conséquence de saboter toute la construction du plan « relation d'aide », qui, pour se matérialiser, doit être cognitivement et pragmatiquement vraisemblable pour les actrices.

Que les participantes sachent pertinemment qu'elles jouent rend l'énonciation de « ceci est un jeu » inutile et redondante, donc prévisible. Selon Watzlawick et al (1972), une redondance s'apparie au concept de « pattern », ou de modèle, qui détermine finalement les règles de conduites interactionnelles. Les participantes à notre étude semblent posséder une représentation conciliable de la situation de jeu de rôle, ce qui les soulage de la nécessité d'en parler directement. La relation qui s'établit entre elles, à cet effet, est celle de co-actrices jouant un scénario. Bien rendre son rôle devient en quelque sorte un but instrumental partagé, se confirmant dans les actes de parole performés lors des entrevues. Que ce soit du côté des « aidées », qui à partir d'un scénario squelettique

d'une situation problématique imaginaire, se comportent comme si elles avaient un vrai problème, ou du côté des « aidantes », qui tentent de leur venir en aide, il se produit une collaboration soudée par leur silence, qui peut se concevoir comme faisant partie de ce « consensus temporaire », thème introduit par Goffman (1959) pour décrire l'entente tacite sur la définition d'une situation, en l'occurrence celle du jeu de rôle.

Il nous semble que cette entente sur le silence à garder trouve une confirmation particulièrement contrastée dans les efforts que font les participantes pour maintenir la crédibilité de l'événement de relation d'aide en lui sur-imposant une réalité imaginaire dans le futur. Car entre nous et les participantes, il n'a jamais été question de séances supplémentaires. Pourtant, chaque intervenante a suggéré la tenue d'une autre rencontre, ce qui renforce l'illusion de situation réelle que seul le silence sur l'irréalité de la demande peut légitimer. Par exemples, I₁ proposera à A₂: « Si tu veux, tu peux venir me revoir la semaine prochaine »; alors que I₂ dira à A₄: « Tu peux m'en donner des nouvelles » et « à la semaine prochaine »; et que I₃ dira à A₃: « Peut-être que lundi, quand on va discuter... ». Il s'agit bien ici d'une pratique fondamentale pour une infirmière que d'offrir sa disponibilité en témoignage de son engagement professionnel. Proposer à l'aidée de la rencontrer à nouveau cadre bien avec l'intégration de ce rôle. L'acceptation des aidées est la réponse de collaboration dont il a été question plus haut, car pour rendre la situation et le rôle de l'aidante vraisemblable, l'aidée doit verbalement accepter l'invitation qui lui est faite, toute inappropriée soit-elle dans la réalité.

Mais quelles sont donc les caractéristiques ethnographiques de cette situation de jeu de rôle qui décrit le mieux la communication et les relations entre les actrices et leur co-silence? Pour tenter d'y répondre, nous suivons le modèle proposé par Saville-Troike (1985), lequel repose fondamentalement sur celui de Hymes (1972), pour espérer développer une ethnographie du silence en rapport avec nos propres données. Nous ne reviendrons pas sur les caractéristiques socio-démographiques des participantes présentées dans le chapitre méthodologique. Ce qu'il importe cependant de préciser ici, c'est que les contacts officiels entre les deux groupes de participantes sont rares, les étudiantes cheminant séparément d'une année à l'autre, de sorte qu'elles ont très peu de contacts interpersonnels dans le cadre de leur vie à l'université. Elles peuvent se rencontrer dans les corridors, ou au salon des étudiants de la Faculté, et elles partagent peu de situations de parole communes, chacune évoluant en parallèle et ce, durant toute leur formation.

Par contre, lorsqu'elles acceptent de participer volontairement à un projet dans lequel elles s'approprient des rôles les obligeant à collaborer à une tâche, elles acceptent de reléguer à l'arrière-plan leur situation habituelle d'étudiante pour établir entre elles des relations différentes, celles de co-participantes à une étude qui leur demande de jouer certains rôles tout en étant filmées pendant cette activité. Quoique les « aidantes » aient déjà, durant leur formation, vécu l'expérience d'être filmées en train de jouer à aider, les aidées, plus novices, n'ont pas encore été confrontées à une telle expérience qui ne leur sera proposée que durant leur troisième année de formation, dans le cadre d'un laboratoire de communication préparatoire à leur stage clinique en psychiatrie. Ainsi, les aidantes s'appuient sur leur apprentissage antérieur pour assumer leur rôle et servir également d'interlocutrice qui donne le ton durant les jeux. Munies de leur fausse histoire problématique, les « aidées », en soi-disant consultant, exigent ainsi le silence sur le fait qu'elles inventent et qu'elles n'ont effectivement pas besoin d'être aidées par leurs consœurs. La nécessité de garder le silence sur la situation du jeu de rôle semble dans ce cas-ci transcender les différences ethnographiques, ce qui renforce, selon nous, l'idée que la prescription de garder silence sur l'activité de jeu qui est en cours permet à chacune de communiquer de façon symbolique ses liens de participantes à cette activité et de s'attribuer des droits et privilèges fictifs. Etre une étudiante de troisième année octroie un certain prestige par rapport aux plus jeunes, ce qui peut minimiser peut-être la nécessité de devoir définir les statuts relationnels aidante versus aidée.

La situation de jouer un rôle, qui constitue en fait l'événement de parole qui les rassemble dans un premier temps, prédispose les participantes à s'informer de ne pas se communiquer qu'elles se jouent mutuellement un rôle. Cette entente tacite s'accomplit par leur silence, qui les engage émotionnellement tout en minimisant un embarras potentiel, et qui leur permet d'actualiser dans une situation irréaliste, une complémentarité aidante/aidée qui leur permet de faire « comme si ». Elles se doivent donc de sélectionner dans la gamme des possibilités des actes de communication pour une telle situation, ceux qui font croire au jeu, donc ceux qui excluent la dénonciation de l'irréalité des histoires pour lesquelles elles accordent et demandent de l'aide. Le silence accomplit cette fonction. La tâche de jouer à l'aidante, qui leur fut intimée au départ, les détermine dans leur nécessité de jouer de manière vraisemblable et les prédispose à l'utilisation, par exemple, d'un style « question-réponse » adapté et à la situation d'aide.

Garder silence leur permet également de ne rien dire sur le fait que les « entrevues » se déroulent dans un bureau inoccupé de professeure, ce qui ajoute une force symbolique formelle aux échanges favorisant leur silence à propos du jeu. En effet, c'est bien en leur qualité d'étudiantes qu'elles ont normalement accès à ces bureaux, lors des évaluations par exemple, ou pour demander des conseils ou de l'aide à leurs professeurs. Les « aidantes » doivent donc s'approprier cet espace qui, le temps du jeu, devient leur bureau et ne pas se laisser envahir de façon trop perceptible par l'ambiguïté du lieu. Cependant, la disposition des chaises, le bureau comme tel, avec ses téléphones, ordinateurs, livres, son site privé, etc... favorisent la non métacommunication sur cette illusion, car il y a apparence de bureau d'infirmière ou de consultante. Ce que la présence de la caméra renforce directement, car si les participantes ne sont pas dans un vrai bureau d'infirmière, la caméra ne peut que les inciter à faire comme si elles y étaient.

Dans un tel cadre, ces participantes jouent leur rôle en rapport avec les règles d'interaction et les normes d'interprétation que le silence sur la vraie nature de leur interaction rend possible. Elles se parlent avec la politesse requise, chacune étant une auditrice/locutrice pour l'autre, acceptant par exemple de prendre les tours de parole selon ce qu'il convient de faire. Le non-dit sur le jeu laisse l'espace libre à l'émergence quasi-naturelle des paroles d'une communication qui se veut aidante, ce qui permet de contourner le caractère équivoque de la situation. Le silence est un savoir commun sur comment se comporter quand il s'agit de faire semblant.

3.4 Le silence entourant le contexte méso-social du jeu de rôle

Si les étudiantes ont gardé silence pour se communiquer que la chose à faire, pour jouer, c'est de ne pas se signifier leur jeu, un autre contexte pouvant les encourager à s'en tenir à cette norme, est celui du cadre universitaire environnant. À ce niveau, elles ne sont plus des étudiantes co-actrices et désireuses d'actualiser une communication thérapeutique irréaliste. Elles sont plutôt des étudiantes performant selon leur engagement envers la chercheuse, qui est également professeure à leur école, et dans une certaine mesure envers l'institution qui leur assure la progression vers le statut d'infirmière. Considérant que l'échantillon de convenance ait été constitué dans le respect des normes d'éthique à ce sujet (voir chapitre II), et bien que la chercheuse n'exercera plus de fonction professorale

ultérieure avec aucune de ces étudiantes, il demeure que le milieu universitaire et les personnes y occupant des positions de pouvoir face à ces étudiantes peuvent consolider leur recours au silence durant leur activité de jeu de rôle. Pour approfondir cet aspect pragmatique du silence observé durant le tête-à-tête, nous reprendrons le modèle de Saville-Troike que nous avons utilisé plus haut.

Les participantes à l'étude sont ici des étudiantes en sciences infirmières qui établissent, au cours de leur formation, des relations étudiantes/professeures avec les enseignantes, que ce soit durant les cours théoriques ou en situation de stage clinique. Elles sont de plus encadrées par l'institution scolaire qui administre en quelque sorte leur progression. Leur performance scolaire ainsi que leur participation aux activités pédagogiques sont évaluées régulièrement à l'aide d'une variété d'outils. Dès le début de leur formation, la participation généralement verbale de chacune est hautement valorisée et encouragée par les professeurs, en petit groupe comme en classe. Souvent des histoires fictives, appelées histoires de cas, sont utilisées comme méthode d'enseignement et d'évaluation, et ce, dès les premières leçons, pour créer l'illusion de la réalité et amener l'étudiante à développer par l'imagination ses qualités de prise de décision en attendant de pouvoir le faire réellement dans sa vraie vie d'infirmière. Très tôt donc, les étudiantes sont appelées à réfléchir et à émettre des plans d'action fictifs, donc à faire comme si et leur capacité à bien le faire augmente leurs chances de succès dans le programme. D'ailleurs, en suggérant de telles activités, les professeures exposent également aux étudiantes leurs propres capacités à faire comme si, leur servant en quelque sorte de modèle. Les étudiantes apprécient beaucoup ce procédé, dont l'attrait premier est de mettre théoriquement l'étudiante en « situation ». La participation des étudiantes n'est cependant pas laissée à elle-même; les propos que les étudiantes émettent sont pris en considération par les enseignantes, mais il y a à l'oeuvre un processus de socialisation à l'idéal pratique que l'histoire de cas prescrit, et finalement l'adoption par les élèves d'un discours verbal ou écrit montrant l'atteinte des objectifs des cours, tels qu'ils sont émis par leurs professeurs; l'abandon progressif d'un discours contraire aux buts pédagogiques est renforcé de la sorte.

La capacité de garder le silence sur ce qu'on ne doit pas dire, associée à la nécessité de formuler ce qu'il faut pour remplir les exigences des professeurs et du programme en général, prédispose les sujets de notre étude à « bien » jouer leur rôle d'aidantes auquel elles se forment depuis trois ans, et à ne pas émettre des propos

montrant leur inhabilité à le faire. Car dire devant l'oeil de la caméra, donc à une professeure, que « ceci n'est qu'un jeu », équivaudrait à montrer qu'on n'a pas vraiment appris à être une infirmière, puisqu'une vraie apprentie infirmière ne dit pas qu'elle joue à être l'infirmière, elle est infirmière.

Un autre facteur à considérer et qui indique, selon nous, l'impact de la caméra sur la non-mention de l'activité de jeu, est le fait que les participantes de langue maternelle créole, c'est-à-dire I₃, A₁ et A₃ n'ont pas eu recours à cette langue durant l'entrevue, ce qu'elles auraient peut-être fait dans des circonstances naturelles d'interaction. Cependant, dans ce cas-ci, une entrevue en créole aurait été pragmatiquement incompatible avec les attentes de la professeure-chercheuse, qui ne parle pas cette langue. Il existe donc une double contrainte au silence, et sur le fait qu'il s'agit d'un jeu, et sur celui que ce jeu pourrait mais ne peut, dans la situation, se dérouler en créole.

Ainsi, en acceptant de collaborer à l'étude, les participantes acquiescent à une demande d'une professeure. Elles auraient pu refuser, et plusieurs l'ont fait, mais en donnant leur accord, elles endossent aussi les moyens de leur participation. D'ailleurs, les trois intervenantes, en acceptant l'offre de participation, y voyaient, d'après ce qu'elles ont rapporté, un moyen d'apprendre à mieux se comporter comme infirmière, sorte de paraphrase du discours pédagogique entourant leur formation. Les étudiantes qui jouaient le rôle d'aidées ont également gardé le silence au sujet du jeu, étant également soumises au même discours formateur. L'ascendant qu'exercent sur ces dernières les étudiantes de troisième année, plus connaissantes et qui étaient les intervenantes durant les entrevues, leur a peut-être servi de guide à ce niveau, car le silence sur le jeu fut gardé par toutes.

Quant au lieu physique où s'est tenu le jeu de rôle, un bureau désaffecté de professeure en congé, il a pour effet de formaliser l'atmosphère, par sa ressemblance avec un bureau d'infirmière travaillant dans une clinique quelconque. Les étudiantes y sont dans un endroit qu'elles fréquentent après y être autorisées, habituellement pour se faire évaluer, ou pour rencontrer une professeure durant l'année. Lors du jeu, elles y ont vu les mêmes chaises, table et bureau, téléphone, livres, étagères et ordinateur, porte que l'on ferme pour être en privé. Autant d'objets retrouvés également dans un bureau d'infirmière. Les intervenantes ont d'ailleurs toutes eu l'occasion, durant leur stage antérieur, de fréquenter un tel lieu. Cette ressemblance a pu amoindrir chez elles un sentiment de dépaysement, affaiblissant ainsi les chances qu'une parole sur le « faux » bureau de l'infirmière soit

prononcée. Encore ici, et ce pour chaque participante, l'oeil de la caméra servant de témoin à l'activité en cours, renforce le caractère officiel de l'événement. Nous ne pouvons savoir, si, sans caméra, les étudiantes auraient maintenu leur silence sur le jeu. Mais sa présence symbolique, évoquant en fait la chercheuse qui plus tard entendra ce qui s'est dit, exerce une force censurante sur leur propos, même si les études montrent que l'effet des caméras s'estompe avec la progression du filmage. Nous croyons pouvoir conclure qu'il existe plusieurs conditions pour que les étudiantes n'aient pas à se dire qu'elles jouent, l'une étant que le cadre physique dans lequel se déroule le jeu s'apparente à leur représentation de ce que doit être un bureau d'infirmière, de comment les gens s'y comportent et des interrelations s'y déroulant normalement. Nous avons été tout de même surprise de l'apparente facilité avec laquelle les rôles respectifs se sont pris, et ce, sans besoin de métacommuniquer sur l'étrangeté de leur relation fictive par rapport à ce lieu qui leur est familier sous d'autres auspices.

Cette conclusion s'applique également aux tâches verbales que l'événement appelle. La professeure que nous sommes a, en fait, requis l'aide des apprenantes pour pouvoir effectuer sa recherche. Ceci a pour effet de modifier la nature habituelle de la relation professeure-étudiante. Pour bien aider la professeure, et ne pas s'attirer sa déception, l'aidante comme l'aidée doivent jouer leur rôle le mieux possible, donc s'efforcer de faire « comme si ». C'est ce qu'elles ont fait, au moyen d'actes de parole conformes à la structure globale de l'activité qu'il leur était demandé de jouer. Seules les aidées connaissaient à l'avance le scénario de l'histoire à jouer: elles y ont été fidèles, y apportant au besoin des nuances et détails personnels nécessaires à la progression de la situation. Les aidantes réagissaient donc aux propos des aidées: elles l'ont fait avec conviction. Personne cependant, n'a cru bon d'émettre verbalement des doutes sur le réalisme de l'histoire qui était, rappelons-le, totalement inventée. Encore ici, nous pensons que l'incitatif de bien jouer, de bien performer, a pu influencer les participantes dans leur silence et ce, même lorsqu'il apparaissait une irrégularité de logique dans certaines paroles. À titre d'exemple, nous rapportons deux commentaires qui auraient pu inciter l'intervenante à rectifier le propos de l'aidée. À la réponse d'A₃ qui affirme faire ses stages dans un hôpital particulier, alors qu'en fait, elle sait pertinemment que les étudiantes de première année n'y mettent pas les pieds comme stagiaires, I₁ répond simplement: « O.K ». De la même façon, I₃ ne relève pas l'incongru de la remarque d'A₂: « Je vous connaissais un peu. Parce que tu sais, on se connaît ... de plus en plus entre infirmières ... ». Ni l'une ni l'autre des participantes n'étant infirmière, ce commentaire est inexact, mais il n'est pas indiqué comme tel dans

l'interaction. Dans ces deux cas, une correction de la part des intervenantes auraient mis à jour la trame inventée de la situation. Et s'il s'avérait que les participantes du deuxième exemple, se connaissant dans la vie réelle, aient évité de noter explicitement leur lien, la signalisation du rôle d'infirmière resterait tout de même inexacte et pourrait s'interpréter à la rigueur comme étant une référence indirecte au jeu en cours.

Devant cette pseudo-réalité convaincante, les participantes n'ont pas à métacommuniquer verbalement sur son irréalité, car le faire mettrait en péril le déroulement de leur activité fictive. Le silence laisse libre cours à l'actualisation des normes et règles du discours interactif. De ce fait, elles accèdent à la demande de leur professeure, la complémentarité de leur relation restant fonctionnelle. En participant avec la chercheure, les étudiantes obtiennent un statut différent de leurs consœurs, une sorte de lien privilégié avec l'institution universitaire, acquis au moyen d'une activité particulière. Il faut supposer que les volontaires ont fait leur possible pour ne pas échouer dans cette tâche. Parce qu'il est gardé, le silence fait ici figure de métacommunication, car en ne laissant pas paraître qu'elles jouent, les participantes indiquent effectivement à leur professeure ainsi qu'à elles-mêmes, leur acceptation d'un rôle différent par rapport à celui d'une d'étudiante-infirmière ordinaire. Le jeu de rôle devient un espace de relations particulières, limitées dans le temps et à un lieu particulier. C'est uniquement par le silence sur leur réel statut d'étudiante qu'elles peuvent s'y engager, car ces relations sont ponctuelles, émergeant de la situation de jeu de rôle à laquelle une professeure les a conviées.

3.5 Le silence entourant le contexte macro-social du jeu de rôle.

Peut-on envisager un quelconque lien entre un silence respecté en tête-à-tête par les participantes à notre étude sur le fait indéniable qu'elles sont en train de jouer un rôle, avec une théorie macro-sociale des rôles et du silence? Jaworski (1993) a pu relier le silence à des pans macro-sociaux, politique et médiatique de l'activité humaine, et Tannen et Saville-Troike (1985), quant à elles, ont présenté un collectif d'écrits éclairant différents aspects du silence en fonction de particularités ethnologiques et sociales. Cependant, nous ne pouvons relier les conclusions de ces études aux nôtres. Car la simulation d'un rôle se distingue de l'actualisation d'un rôle social réel. De plus, les positions, les statuts sociaux et les relations déterminés par la prise des rôles, ainsi que l'a conceptualisé Linton (1968), ne peuvent s'appliquer directement à une situation de simulation de rôle, même si les participantes accomplissent les actes langagiers et les rôles convenant à une situation de

relation d'aide. Car si une théorie des rôles peut, à la rigueur, rendre compte des comportements actualisés par les participantes en fonction de leurs représentation d'une situation réelle, elle ne s'applique pas directement à la compréhension du silence face à l'activité du jeu de rôle comme telle.

Selon Luhman (1981), la décision de parler ou non, de dire ou taire, tient de déterminants autant micro- que macro-sociaux. Nous allons donc ici nous engager dans un corridor méta-social des activités humaines possibles par le maintien du silence, le jeu de rôle servant ici d'exemple. Pour Wallace (1961), les humains s'engagent quotidiennement dans des échanges silencieux, sans atteindre même cognitivement une commune intelligence sur de larges pans de la vie sociale. Ce silencieux et pré-requis non-partage serait purement fonctionnel, libérant ainsi les personnes de l'ardue nécessité de se communiquer constamment leurs motivations intimes, et laissant donc place et temps à l'émergence de systèmes plus complexes d'organisation sociale. Pour lui, donc, le silence exerce un pouvoir structurant sur le domaine macro-social.

Un acte de silence comparable, par opposition aux actes de parole dont nous nous entretiendrons dans le prochain chapitre, a donc été observé chez les participantes de notre étude, indépendamment de leurs caractéristiques socio- démographiques. Nous associons ici ce fait à une métacommunication sur un phénomène exigeant que tout ne doive pas nécessairement être dit pour que s'accomplissent les activités sociales et que s'y déroulent des relations interpersonnelles fonctionnelles. Il nous faut souligner que les fonctions du silence sont loin d'être toutes positives, ainsi que le remarque Jaworski(1993). La littérature fourmille d'exemples sur le côté pernicieux du silence. Le silence est répertorié amplement en tant que résultat et cause d'inégalité oppressive entre les personnes emprisonnées dans des rôles à statut peu ou non valorisé socialement. La prise de parole, donc la rupture du silence est, dans nos sociétés, une condition du pouvoir social et de la dénonciation de l'injustice et de l'oppression des exclus sociaux. (Jaworski, 1993). La littérature féministe rompt le traditionnel silence des femmes sur la place publique, avec plusieurs exemples sur les infirmières, perçues comme une groupe culturellement subordonné aux médecins, donc sans pouvoir notable ni noté, par le poids de leur complémentaire histoire. Par exemple, Elliott (1989) décrie le silence structurel encapsulant la contribution verbale des infirmières, l'absence de leur terminologie propre dans le discours officiel sur le système de distribution des soins de santé.

Mais le silence que nous avons cerné dans le présent travail n'est pas de cet ordre, quoiqu'il s'y rattache au niveau de la capacité fondamentale d'utiliser le silence à diverses fins. Il n'existe donc pas un a priori sur la fonction sociale du silence, seulement des conditions empiriques de son utilisation fonctionnelle dans des institutions variées. Bourdieu (1981) a fait mention d'un ensemble de dispositions qui se manifestent non seulement dans des situations particulières, mais aussi en dehors de situations précises, comme les transcendant, dispositions qui exercent toutefois un impact déterminant sur ces situations. Nous croyons que la règle de silence est de cet ordre, une disposition qui attend un contexte de manifestation.

Les participantes sont de jeunes femmes, ayant toutes un passé différent, et qui, indépendamment de leurs particularités socio-démographiques et de leurs motivations personnelles, se ressemblent entre autre par leur désir de devenir infirmière et par leur silence sur le fait qu'elles jouent un rôle. Si Bourdieu (1981) fait une nette distinction entre « être » un garçon de café, et « jouer » à l'être par un étudiant qui juge que ce rôle n'est pas vraiment fait pour lui, il ne relève toutefois pas la nécessité de silence propre à la deuxième situation. Les participantes à notre étude sont toutes des femmes dont la pratique du silence semble être une caractéristique sociale (Baron, 1986; Daly, 1973; Elliott, 1989).

Les participantes n'ont pas eu non plus à se consulter au préalable pour s'assurer de maintenir ce silence, le moment de leur communication venue. Elles ont simplement gardé silence. Cette commune action s'est donc produite sans qu'il y ait nécessité de se dire ou de se métacommuniquer leurs motivations individuelles et a permis l'émergence d'un système complexe de relations interpersonnelles en accord avec un modèle standardisé, dans ce cas-ci celui de la relation d'aide, ainsi que nous l'explique Wallace (1961). Quelque part, dans l'inconscient culturel, il existe une norme diffuse qui, une fois le contexte identifié, se précise et veut que lorsque vous jouez, à la demande d'une professeure, un rôle fictif, il vaut mieux ne pas se dire que vous jouez lorsque vous jouez, et ce, indépendamment de vos caractéristiques ethno-culturelles.

Cette inférence que les participantes font coïncide avec l'actualisation sociale de comportements de jeu, allant des enfants prétendant jouer aux détectives ou astronautes, jusqu'aux acteurs qui, excluant un certain style théâtral hyper-réaliste, jouent leur partie sans jamais se dire qu'ils jouent. La prescription de ne pas dévoiler, du moins explicitement, l'activité de jeu se remarque quotidiennement dans les « chat line » virtuels où, affublés de

pseudonymes, les internautes interagissent sous le couvert de l'anonymat et créent de la conversation en jouant des rôles. Car une fois que les choses sont dites, elles deviennent réelles, alors que les choses tues, mêmes exprimées non-verbalement, demeurent ambiguës et plus facilement contournées. Dire « ceci est un jeu » rendrait futile la pratique du faire croire, et déstabiliserait le système relationnel basé sur l'activité du jeu, où les participantes parlent avec expertise en fonction de rôles inventés. Elles sont finalement en situation mensongère socialement sanctionnée par le méso-social, c'est-à-dire l'institution universitaire et la professeure-chercheuse qui l'incarne. Ainsi, c'est dans cette situation mensongère que sont créés des rapports irréels d'aïdées/aidantes véhiculés par une parole pourtant réelle et très fonctionnelle et ce, en toute harmonie avec les attentes conférées à une situation de relation d'aide. Paraphrasant Bateson, cité par Birdwhistell (1981, p.297), les conditions qui seraient requises pour dire la vérité, ne sont pas présentes dans notre situation de jeu de rôle, ce qui soutient l'assertion de Birdwhistell que « vérité et mensonge sont affaire de convention ».

La convention déterminant la situation d'aide est donc ici fortement complexifiée par la nécessité de ne pas se dire qu'il s'agit d'un jeu. L'espace physique, les finalités et normes de la relation d'aide, les caractéristiques des participantes, les thèmes suggérés par les histoires fictives, la maîtrise du code linguistique, etc... sont des aspects essentiels à l'élaboration ainsi qu'à la compréhension du discours interactif. Un facteur-clé à leur réalisation est sans aucun doute la norme du silence, que nous avons décrite comme un geste métacommunicationnel qui signale aux participantes la façon de bien se comporter dans des situations que nous savons marquées d'une pluralité de sens. Une interaction face à face est un lieu d'intégration et de création de significations appartenant à l'ordre macro-, méso- et micro-social. La parole véhiculant l'interaction, la communication verbale donc, chevauche chacun de ces ordres et complexifie adéquatement et inévitablement la situation en cours. Le silence sur le jeu qui entoure la parole observée et la rend possible dans ce cas-ci est, nous en convenons, un thème de recherche encore mal exploré. En effet, comment comprendre ce qui n'est pas dit? Nous avons emprunté pour tenter de répondre à notre question de départ, une approche fonctionnelle, ancrée sur la signification du silence dans la trilogie de contextes que nous croyons pertinents à notre analyse. Ceci est une étude préliminaire, donc incomplète, sur le sens réel du silence observé. Cependant, nous croyons avoir précisé des pistes méthodologiques et analytiques, supportées par un courant théorique qui veut unifier la théorie sociale et ethno-linguistique de l'interaction et du social. De ce fait, nous retenons de notre exercice les conclusions suivantes:

1) Il n'y a pas de rupture essentielle entre le verbe et le silence, lesquels ne constituent donc pas a priori des réalités discrètes. Nous acceptons donc les assertions de Jaworski (1993) et de Tannen & Saville-Troike (1985) à cet effet, et croyons que nos données les supportent.

2) En conformité avec les discours de Wallace (1961), voulant que le silence soit un pré-requis à de nombreux échanges sociaux, de Bourdieu (1981), qui cerne la présence chez l'humain de prédispositions soumises à des contextes de manifestation, de Bateson (dans Birdwhistell, 1981) et Birdwhistell (1981) lui-même, pour qui il existe des conditions contextuelles à l'émergence de la vérité comme à celle du mensonge, nos observations montrent que le silence et son utilisation sont soumis à des cadres pragmatiques multiples à l'intérieur desquels les aidantes observées entretiennent des relations marquées par ces contextes.

3) On ne saurait parler de mensonge au sens strict pour expliquer le manque de référence explicite au jeu de rôles. Plutôt, croyons-nous à une identification des sujets de l'étude à leur identité professionnelle en devenir. Pour elles, faire « comme si » elles étaient infirmières ne peut avoir le même sens que si la demande avait été faite à des jeunes femmes non-initiées à ce rôle.

CHAPITRE IV

LA RÉFÉRENCE À LA PRODUCTION DE LA PAROLE ET LA SIGNALISATION DE CONTEXTES ET DE RELATIONS INTERPERSONNELLES

Selon Egan (1987), le rôle de l'aidant durant la relation d'aide est de faciliter la solution des problèmes du client selon ses valeurs personnelles, d'où l'importance de la focalisation sur ces dernières et sur leur substrat émotionnel pour favoriser l'émergence, dans l'ici et le maintenant, de la cohérence entre émotion, pensée et action. Au départ, nous avons examiné les tentatives verbales des intervenantes pour actualiser un tel processus de la relation d'aide. Ainsi, des propos tels que: « ça a commencé quand, ça? » et: « comment te sens-tu par rapport à ça? » (I_1A_3) ainsi que: « tu as l'air de vivre beaucoup de frustration, vraiment. » et: « Comment te sens-tu après cette discussion? » (I_2A_2) et encore: « Alors, c'est plus la situation de ta patiente qui t'affecte? » et: « ça te frustre quand même? » (I_3A_3), illustraient à notre avis des actes de parole prononcés dans l'optique d'une relation d'aide. C'est donc en voulant dresser un éventail de la variété des propos révélateurs de la représentation que les sujets se faisaient de l'événement en cours que nous avons noté la très grande récurrence de leurs références à la production de la parole.

Que la situation de relation d'aide tienne fondamentalement de l'échange verbal entre participants était une évidence en soi. Notre étonnement venait plutôt du fait qu'une partie substantielle de ces échanges était consacrée à parler sur la parole. Dans leur discours global, les intervenantes de notre étude construisaient un sous-discours sur la faculté de prononcer de la parole. C'est donc l'intérêt manifesté dans les propos des aidantes pour la parole même qui a aiguillé notre propre attention sur ce sous-texte. Nous avons noté que les références à la production de la parole suivaient un profil multi-contextuel repérable.

Afin de rapporter et d'analyser ces phénomènes de communication dans le cadre de la relation d'aide nous avons donc procédé, selon un modèle ethnologique de la communication, à la délimitation de la situation actuelle et de ses contextes ambiants. Cette pratique, pourtant simple en principe, s'est avérée complexe. En effet, les intervenantes de

notre étude traversaient souvent, régulièrement et avec aisance les bornes de la réalité temporelle. Elles naviguaient, par leur discours référentiel sur la production de la parole, entre le présent de leur interaction, l'histoire antérieure des aidées et la solution de leur problème, et elles terminaient l'entretien en suggérant la tenue d'un deuxième entretien. Très rapidement, il est apparu que la perspective multi-situationnelle de la communication proposée par Knorr-Cetina & Cicourel (1981) semblait s'appliquer à nos propres observations. Nous avons alors cherché à interpréter ce qui liait les références à la production de la parole à l'événement de la relation d'aide en cours.

Ainsi, à notre observation du silence entourant la situation de jeu de rôle, se contraste maintenant celle des références verbales des intervenantes à la production de parole. Nous avons été impressionnée par leur manière de viser l'activité consistant à parler durant les entretiens filmés. Notre repérage initial de ces références nous montrait qu'I₁ en produisait deux cents (n = 200), I₂ cent cinquante-et-une (n = 151) et I₃ cent soixante-trois (n = 163).

En insérant nettement cette pratique référentielle dans le cadre de leur relation d'aide, les intervenantes en particularisent l'usage. Leur conversation se ponctue ainsi d'ilôts communicationnels sur l'importance de la parole, représentés par leurs références verbales à la parole. Cette orientation s'éloigne assez nettement de la perspective disciplinaire de la relation d'aide qui valorise l'exploration de soi et de ses propres valeurs comme point de départ à la solution des problèmes. Pour les intervenantes de notre étude, le comportement consistant à produire de la parole exerce un attrait pragmatique certain. Et nous nous engageons dans les deux prochains chapitres dans l'interprétation de cette pratique.

Notre présent chapitre se consacre aux références verbales des sujets sur la production de la parole dont le but immédiat semble être le signalement de la situation face à face entre elles-mêmes et les aidées. La référence à la parole peut prendre la forme de propos de l'aidante signalant précisément le fait qu'elle-même produit de la parole durant l'entretien. Par exemple, des commentaires tels que: « Je ne *dis* pas que tu devrais être sûre, mais est-ce que c'est la seule initiative que tu trouves? » (I₃A₁), et: « veux-tu que je te *dise* la vérité? » (I₂A₄) ou: « je peux pas vraiment comme te *dire* quoi faire. » (I₁A₂) mettent le focus sur le statut de locuteur de l'intervenante dans le moment présent. Le statut de locuteur de l'aidée sera quant à lui marqué par des propos tels que: « Qu'est-ce que tu veux

dire par c'est très difficile? » (I_3A_1), et: « Tu m'as *dit* qu'il les avait rencontrés... » (I_3A_2) ou encore: « Comme tu *dis*, si tu as de bonnes nouvelles, tant mieux. » (I_1A_2). En de rares occasions, une intervenante ciblera la parole conjointement produite, comme dans le cas suivant: « Ben assis-toi là, on va *discuter*. » (I_1A_1), alors qu'une autre soulignera une parole impersonnelle macro-sociale: « donc tu penses que ton rôle est d'amener la personne à paraître normale, comme on *dit*. » (I_2A_3). Nous tenterons de montrer que la référence à l'acte de parler sert de signal pour informer l'aidée sur comment cette dernière pourrait ou devrait se représenter la situation actuelle, sur les rôles respectifs des participants et leurs relations durant les entretiens. Dans le chapitre V, nous nous pencherons sur les contextes extérieurs à la situation immédiate qui ont été également signalés par des références à la production de la parole.

Rappelons brièvement que les trois aidantes de notre étude jouent le rôle d'infirmières oeuvrant à la clinique de santé de l'université fréquentée par les aidées, alors que celles-ci prennent le rôle d'étudiantes-infirmières aux prises avec les difficultés situationnelles développés dans les scénarios apparaissant à l'annexe II. La première section de ce chapitre présente la variété des termes utilisés par les sujets pour faire leurs références. Il est à noter que cette compilation comprend l'ensemble de la terminologie empruntée par les intervenantes, indépendamment des contextes signalés. Celle-ci soutiendra notre analyse multi-contextuelle des références à la production de la parole. C'est donc dans la deuxième partie de ce chapitre que nous aborderons directement le contexte de la situation de la relation d'aide.

4.1 Les termes de référence à la production de la parole

Les intervenantes utilisent une variété de synonymes pour accomplir leurs références à la production de la parole. Quoique leur contenu référentiel se soit à quelques reprises axé sur la parole écrite, la majorité des références observées concernent la production verbale de la parole.

La compilation des termes que nous proposons dans cette section offre une liste de verbes dont le sens implique le fait de « dire » quelque chose. En cela, nous reflétons la nature même de la presque totalité des commentaires observés dans nos données, bien que

nous avons noté quelques instances où les références sont émises sous forme nominale, tel que « communication », par référence à la parole écrite, telle un livre et au moyen d'expressions signifiant une production de parole par déduction, telles que: « ... il ne l'a pas *su* de toi » (I_2A_4) et: « C'est difficile de ne pas être ... *entendue*. » (I_1A_4). Nous avons dû nécessairement tenir compte des contextes d'expression des références pour leur attribuer, ou non, une signification catégorielle de production de parole; par exemple « aller voir » ou « contacter » quelqu'un pouvait, dans certaines circonstances, constituer un acte de parole, car l'activité voulait effectivement signifier qu'il faudra « parler » à quelqu'un, alors qu'à d'autres moments, « voir » ou « contacter » voulait simplement dire s'informer, entrer en contact avec quelqu'un en particulier, ou comprendre une situation, ainsi qu'il apparaît entre I_2A_2 : ...« Peut-être qu'en voyant ce que tu ressens pour lui ». Nous avons donc rapporté pour les fins de notre discours les exemples où la référence de l'intervenante cible comme telle une activité de parole.

Nous avons donc opté pour une présentation synthétisée du répertoire dont les intervenantes disposent pour cibler la production de parole et qui sont eux-mêmes des mots la signifiant (annexe III). Nous présentons dans un premier temps cette compilation sans la rattacher à aucun contexte particulier, mais simplement pour montrer que la fréquence avec laquelle se présente le phénomène de référence à la production de la parole en justifie une description et une analyse socio-linguistique. Nous nous garderons pour le moment d'apporter quelque interprétation que ce soit sur les implications des exemples choisis. Cette entreprise sera initiée une fois l'inventaire de la terminologie complété.

Comme nous l'observons, la grande majorité des références s'effectuent par l'entremise des verbes « dire » et « parler ». Le verbe « dire » est utilisé deux cent une fois ($n=201$) durant les enregistrements. Par exemple, (I_1A_1): « Hmm. Tu *dis* que tu es fatiguée, que tu ne manges pas... ».; (I_2A_1): « À quoi réfléchis-tu? *Dis*-moi peut-être deux ou trois pistes que tu t'es mis(sic) dans la tête... »; ou (I_3A_4): « Oui, continue ce que /oui/ tu veux *dire* »; ou encore (I_3A_1): « Mais qu'est-ce que tu veux *dire* par c'est très difficile pour toi? »; (I_1A_2): « Ben moi, qu'est-ce que je vais te *dire*, c'est que je peux pas vraiment... comme te *dire* quoi faire »; et (I_2A_2): « Moi, je ne *dis* pas que tu dois changer tes idées,... ni que tu dois pas les changer ». D'autres exemples sont (I_3A_1): « Mais qu'est-ce qu'il t'a *dit* au juste? »; ou bien (I_1A_1): « Bon, si elle se met à pleurer, puis qu'elle *dit* non, ben... ».; ou encore (I_2A_4): « Qui, qui t'a *dit* que, hmm,... bon, tu, tu n'étais... ».

« Parler » est un autre terme utilisé par chacune des intervenantes, et certaines utilisent également « reparler », pour un total de cent treize occurrences (n = 113). Nous trouvons, par exemple, (I₃A₃): « On pourra *reparler* de ça aussi, la semaine prochaine »; (I₁A₁): « Puis on s'en *reparle* »; (I₃A₂): « Oui, oui, oui, pour me *parler* de comment ça s'est passé. »; (I₂A₂): « Le problème reste là quand on essaie de,...de ne pas en *parler* ». Ou (I₃A₂): « Tu m'as *dit* qu'il les avait rencontrés. C'était pour *parler* de ça? », et (I₁A₃): « Est-ce que tu en as *parlé* aux autres infirmières? ». Ou (I₃A₃): « Hmm. en as-tu *parlé* à la nièce? »; (I₂A₃): « As-tu *parlé* à ton professeure de stage? ». Et finalement (I₃A₃): « Qu'est-ce que tu as essayé, en *parlant* avec elle? ».

D'autres termes pointant une activité de parole sont également observés, toutefois beaucoup moins fréquemment que dans le cas de « parler » et « dire », et de façon plutôt inconstante. Par exemple, « discuter » revient à trente-six (36) reprises pour signaler la production de parole. « Expliquer » également est utilisé à l'occasion par les intervenantes, ainsi que « demander ». « Avertir » est utilisé par une intervenante (I₂A₂): « c'est toujours mieux d'*avertir* le médecin ». « Demander »; « proposer »; « suggérer »; « donner » son opinion; se « confier »; « explorer »; « donner » des nouvelles; « tenir » au courant; « contacter »; « répondre »; « raconter »; « poser » des questions; « informer »; « répéter »; « appeler » au téléphone; « communiquer »; « corriger »; « jaser »; « annoncer », « s'ouvrir à »: autant de références à des actes de parole jugés pertinents à la situation en cours. Nous observons aussi des transpositions du verbe « voir » pour signifier des actes de parole, celui-ci étant utilisé à vingt-quatre (n = 24) reprises pour inciter les aidées à parler à quelqu'un, ainsi que les exemples suivants le montrent: (I₂A₃): « Tu vas venir me *voir* la semaine prochaine après tes stages? »; (I₂A₁): « Est-ce que tu as *vu* quelqu'un qui est spécialiste...? »; (I₁A₁): « ... Tu peux aller *voir* le médecin de ta mère avec ta mère »; (I₃A₂): « Peut-être qu'après, tu pourrais venir me *voir* »; (I₁A₂): « ... Puis là, tu peux essayer de *voir* avec eux-autres pourquoi, tu sais, ils sont si fâchés que ça ».

Comme on peut le constater ici, les intervenantes (I) ont pointé l'activité de parole principalement en utilisant les verbes « dire » et « parler » dans chacune de leurs rencontres. Et elles ont occasionnellement utilisé d'autres mots pour parler de la parole. Le total des références à une activité de parole s'élevait ainsi à 514 occurrences (annexe IV). Grosso modo, I₁ dont la langue maternelle est le français et l'origine québécoise, s'y réfère plus souvent et avec plus de variété de mots que ne le font respectivement I₂, dont l'origine ethnique roumaine et la langue maternelle le roumain et I₃, dont la langue maternelle est le

créole et l'origine haïtienne. L'apparente richesse lexicale observée chez I₁ est sans doute liée à sa plus grande familiarité avec la langue des entretiens.

Un second examen de nos données nous a cependant incité à y apporter un traitement plus rigoureux. En effet, parmi celle-ci, nous avons des références qui, étant des phatiques, n'accomplissaient aucune fonction pragmatique repérable dans le discours des intervenantes. Il s'agit de la plupart des « je veux dire » dont I₁ fait un grand usage et de quelques « disons » repérés chez I₂. D'autres propos avaient été prononcés en même temps que ceux des aidées, leur fonction devenant ambiguë pour notre discours d'inspiration pragmatique. Nous avons donc considéré les catégories multi-contextuelles que nous avons intuitivement identifiées, inscrivant chaque référence dans la catégorie qui paraissait lui convenir. Conséquemment, nous avons dégagé un corpus de quatre-cent quatre-vingt huit références (n=488) dont la distribution selon le contexte est présentée au tableau IV.

TABLEAU IV FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES À LA PRODUCTION DE LA PAROLE SELON LE CONTEXTE.

<u>CONTEXTE</u>	<u>FRÉQUENCES</u>
Relation d'aide	141
Problème de l'aidée	139
Solution du problème (dans le futur)	161
Relation d'aide ultérieure	<u>47</u>
Total	488

Ainsi présentées, les références à la production de la parole effectuées par les intervenantes semblent s'inscrire effectivement dans un courant théorique construit par les chercheurs et théoriciens de la communication humaine. Il est clair, par exemple, pour

Labov et Fanshel (1977), Gumperz (1971, 1982), Edwards (1976), Hymes (1968), Austin (1955) ou Malinowski (1964) que la parole est au centre des activités de communication et qu'elle est donc constitutive de la vie sociale. Répétées et régulières, les références à la parole des intervenantes ponctuent une partie de l'interaction autour de l'habileté sociale consistant à échanger des propos. En marquant assidûment et contextuellement l'activité du « parler », du « dire » et autres synonymes, les intervenantes proposent une vision de la situation et des nombreux contextes qui y sont signalés comme étant des lieux où la parole est liée à la nature des relations sociales, à l'établissement des rôles des acteurs sociaux, à la source ainsi qu'à la solution des problèmes.

Nous allons maintenant procéder à l'interprétation des données obtenues dans l'optique de leur signalisation du contexte immédiat de la situation de relation d'aide, alors que dans le chapitre suivant, nous discuterons de la signalisation des contextes environnants.

4.2 La référence à la production de la parole dans le cadre de la relation d'aide

Le contexte de la relation d'aide dirige les participantes dans leur production verbale, ainsi que l'explique l'ethnologie de la communication. En effet, la situation et la représentation qu'en ont les acteurs conditionnent la nature des échanges, verbaux ou autres, qui se manifestent durant son déroulement. Les locuteurs interagissent, dans un temps et un espace donné, de façon à réaliser l'objet de la rencontre.

Chaque intervenante a ainsi formulé, durant ses entretiens avec chacune des aidées, des références à la parole qu'elle produit elle-même durant l'entrevue, formulées majoritairement en terme de « je dis », mais occasionnellement en utilisant des synonymes. Pour des raisons synoptiques, nous avons trouvé avantageux d'intituler cette section sous le vocable « je dis », et d'en préciser les nuances au moment opportun. En plus, les aidantes font des références à la parole dite par les aidées, employant ainsi le « tu dis ». Deux autres de ces catégories ont été observées irrégulièrement dans l'événement en cours: celle où l'aidante renvoie à la production conjointe de la parole par l'emploi du « on dit » pour signifier « toi et moi nous disons »; puis celle où une aidante vise impersonnellement cette production, par le « on » ou le « disons ». Cette dernière catégorie,

bien que sortant forcément de la situation immédiate, accomplit tout de même un renforcement de la dynamique actuelle, ce qui a finalement motivé notre décision de la couvrir dans ce chapitre-ci.

Rappelons que les participantes ont certaines caractéristiques ethno-culturelles, I_1 étant d'origine québécoise, de langue maternelle française, I_2 d'origine roumaine, de langue maternelle roumaine, et I_3 d'origine haïtienne, de langue maternelle créole, alors que A_1 et A_3 sont d'origine haïtienne, leur langue maternelle étant le créole, et que A_2 et A_4 sont de langue maternelle française, la première étant née au Québec, la deuxième, en Ontario.

4.2.1 La référence à « Je dis »: signalisation du rôle de l'aidante durant l'entrevue

La référence à la parole que « je » prononce, moi l'aidante, en relation à la production de la parole a été observée à quarante et une reprises ($n=41$), ainsi que le tableau V le montre, ce qui représente une proportion de 8,4% des références totales à la production de la parole ($n=488$).

TABLEAU V FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES À « JE DIS »

INTER VENANTE	AIDÉE				
	A1	A2	A3	A4	TOTAL
I1	9	6	1	1	17
I2	3	9	3	4	19
I3	2	1	1	1	5
TOTAL	14	16	5	6	41

Notre tableau illustre une particularité, celle d'une fréquence plus élevée des références au « je dis » dans les relations de I_1 et I_2 avec A_1 et A_2 . La limite propre à la taille

de notre échantillon nous interdit de tirer des conclusions à partir de cette distribution. À la possibilité d'une manifestation tout à fait aléatoire de la tendance observée ici, il nous faut opposer la présence de facteurs personnels dont la portée ne fait pas l'objet de notre étude. Il se peut que le contenu même des histoires problématiques rapportées par les aidées, ou même de leur présentation de soi dans les scénarios aient pu influencer sur les fréquences notées.

Quoiqu'il en soit, nous allons analyser dans ce qui suit la référence des intervenantes à leur propre production de la parole, selon la trame fournie par le scénario, considérant la rencontre entre chaque intervenante avec chacune des aidées comme étant la situation. Nous verrons comment les aidantes, en renvoyant à leur propre statut de locutrice au sein de la relation d'aide précisent non seulement la nature de leur rôle durant l'entretien, mais également la forme des relations convenant à celui-ci. Il nous a semblé que les représentations que les intervenantes se font de la relation en cours sont véhiculées dans et par ce type de références.

4.2.1.1 Les intervenantes en relation avec A₁

Un total de quinze références a été relevé dans cette catégorie. I₁ en relation avec A₁ a émis neuf (n=9) commentaires sur sa propre parole. Elle en formule trois pour transmettre une information. Elle corrige le message donné à son tour de parole précédant: « ...faudrait que tu t'informes de ça à ton école » par: « *Je veux dire* à la faculté, ou autres facultés, peut-être. ». Elle dira: « Puis moi, *je vais te donner*¹ le numéro ... de l'Association d'Alzheimer. ». Enfin, elle renseigne l'aidée: « *Je voulais te dire* aussi... On a d'autres infirmières ici qui font du counseling de couple... ». Cette façon de faire permet à I₁ d'exposer son savoir, montrant que sa parole peut aider dans la situation actuelle. Il s'agit d'une assertion de compétence à parler et permet de distinguer le statut d'aidante de celui d'aidée qui ne possède pas cette connaissance. Dans un tel cas, la relation interpersonnelle est un acte complémentaire basée sur le savoir particulier de l'émettrice de cette parole. Le contexte situationnel ainsi visé devient un cadre où la parole permet à l'information de se transmettre.

¹ Cet exemple illustre bien que la référence prononcée par l'aidante à sa propre parole se fait par l'entremise d'un verbe autre que "dire" qui a toutefois une valeur sémantique égale à "dire".

A d'autres moments, il y a plus qu'une simple transmission d'information. I₁ essaie d'inciter A₁ à recourir aux ressources communautaires, en dépit de sa promesse de ne pas placer sa mère. Elle tresse un discours dans lequel elle accentue le fait que le statu quo doit: « ... te demander beaucoup ... avec tes études. », particulièrement en sciences infirmières: « Oh! C'est un programme... assez chargé, hein? ». L'achèvement des études lui paraissant très importante, et devant le dilemme de l'aidée, elle produit plus un réquisitoire en faveur de l'utilisation des ressources, qu'une explication neutre sur ces ressources. Après avoir déjà donné de l'information sur le « Respite », ce que décline l'aidée, elle lui propose d'utiliser le: « Home care » et poursuit: « Tu n'y as pas pensé? O.K., *je vais t'expliquer* ... comment ça marche... ».

Le fait que cette intervenante soit elle-même étudiante-infirmière dans la réalité peut l'inciter à diriger la relation aidante-aidée, pour influencer l'aidée. I₁, après ses tentatives infructueuses pour diriger A₁ vers les ressources de santé, lui exprime à deux reprises sa propre inquiétude: « Je suis inquiète de, *je vais te dire*, là, je suis inquiète de ta santé... », focalisant sur le sérieux de la situation, et la nécessité pour l'aidée d'utiliser les ressources mentionnées. Elle met ici l'emphase sur la santé de l'aidée comme par comparaison avec la santé de la mère, créant une sorte de ponctuation par « je suis inquiète, je vais te dire... » et elle dirige donc l'aidée dans le choix à faire. D'ailleurs, elle accentue devant A₁ ce qui l'attend à long terme, cette fois en dépersonnalisant le problème: « ... ta mère, *je veux dire* l'Alzheimer, c'est pas quelque chose qui va s'améliorer... », le focus étant ici la maladie, et non plus le lien avec la mère.

Plus tard, elle dira: « ...tu pourrais, en allant voir comme *je te l'ai dit*, ... ton médecin... », et: « Tu pourrais aller visiter, comme *je te dis*, l'hôpital... », réitérant ainsi une parole déjà prononcée. Cette façon de cibler, par le « je dis », sa parole antérieure comme contenant un message digne d'être retenu exerce une fonction métacommunicationnelle sur sa validité ou sa pertinence. Il s'agit d'un commentaire consolidant la compétence de l'intervenante comme locutrice, doublé d'un renfort sur ce « je » qui a parlé. Cette répétition polarise l'influence interactionnelle entre les mains de l'aidante.

Dans notre catégorie globale des « je dis », nous avons consigné ce qui au départ semblait être un phatique « je veux dire ». Pour nous, la limite n'était pas claire entre ce type de propos et une référence à la production de la parole ayant une tâche discursive précise. I₂ qui a formulé un total de trois références à sa production personnelle de parole

émet le commentaire suivant: « ... c'est pas un problème de l'avoir ... gratuit... *je veux dire*, vous payez pas... ». En y insérant un « que » silencieux, la référence devenait un soutien à son expertise parolière. D'ailleurs, cette expression s'ajoute à ce qui précède, où I₂ dit: « Mais comme *j'ai dit...* », réintroduisant l'information d'une ressource communautaire, et en accentuant l'option par le fait même.

Il n'y a rien d'obscur, cependant, au rôle que I₂ s'octroie en complémentarité nette avec celui attribué à A₁: « Donc tu penses que *quelqu'un*² qui est à l'extérieur de ta situation, de ta famille, qui ne connaît pas ta mère, ton mari... va pouvoir te *donner* une solution? ». Elle enlène les personnages clés dans la problématique de A₁ et lui suggère en somme de se prendre en main, car la parole de ce « quelqu'un », en l'occurrence celle d'I₂, ne peut avoir d'effet bénéfique sans une prise en charge personnelle. I₂ s'en remet ainsi à un principe véhiculé par la discipline des sciences infirmières ainsi que par le courant nord-américain de soins communautaires, celui de l'autonomie de la clientèle, l'aide étant assujettie à une implication directe de l'aidée dans la solution de son problème. L'intervenante, elle-même en formation, a déjà été initiée à cette valeur. Encore ici, le fait que l'aidée soit d'origine haïtienne peut avoir poussé l'intervenante à lui enseigner, en même temps que confirmer, cette valeur, et à l'inciter à être plus autonome. L'aidante est devenue ce « quelqu'un », évacuant le « je », et plaçant l'aidée dans le rôle idéal d'une locutrice active, la dépendance envers l'intervenante apparaissant inacceptable. L'intervenante émet ainsi sa réticence de locutrice à « donner une solution » dans le cas précis où l'aidée avait répondu: « je ne sais pas » à la demande expresse d'I₂: « qu'est-ce que tu vas faire? ».

I₃ n'a prononcé que deux références à sa propre production langagière, dont l'une sert expressément à partager sa connaissance des ressources pouvant aider A₁, ainsi qu'en témoigne: « Ben, je vais prendre le livre et *je vais te dire* les adresses ». Renseigner l'aidée est une façon d'assumer son rôle d'aidante par opposition avec le manque de savoir inhérent au rôle d'aidée. Plus implicite est sa tentative d'amener A₁ à réévaluer son choix: « Mais tu parais un peu sceptique ... *Je ne dis pas* que tu devrais être ... sûre, mais est-ce que c'est la seule initiative que tu trouves? ». L'intervenante fait plus qu'anticiper une

² Bien que cette locutrice émette un énoncé général du type: n'importe qui, dont moi..., nous avons tout de même classé ici cet exemple en raison du contexte situationnel particulier qui fait d'I₂ une interlocutrice directement impliquée dans la recherche d'une solution. Sa propre production de parole, quoique cachée, est fortement liée aux fins de l'événement en cours.

fausse interprétation de la part de A₁, car en minimisant sa contribution (« je ne dis pas »), elle conseille implicitement à l'aidée d'envisager tout de même d'autres façons de solutionner son problème, ce qu'elle accomplit plus plus loin en suggérant: « ...tu pourrais en parler à ton mari d'abord » et: « ... puis en parler avec le médecin. ». Le « je ne dis pas » lui permet de préparer son information ultérieure sur sa propre représentation de ce qu'il convient de faire pour solutionner le problème. La relation d'aide se pare de cette atmosphère où l'aidante s'octroie la responsabilité d'émettre sa préférence.

Somme toute, les trois intervenantes se réfèrent à leur propre statut de locutrice durant l'entretien et marquent de ce fait la situation de relation d'aide comme un lieu où l'aidante possède la compétence et la responsabilité d'instruire A₁ sur comment résoudre son problème. Celui-ci a été formulé par cette aidée de la façon suivante, avec I₁: « je suis venue demander le l'aide parce que je dors plus », et « je peux pas continuer mes études... j'ai trop de problèmes. »; avec I₃, le problème est devenu: « je pense quitter les études parce que ça va plus. »; avec I₂, il se formule ainsi: « Je suis vraiment découragée, désespérée. » ainsi que: « Et je veux continuer mes études aussi... ». Dès lors, il semble qu'un but important du discours des aidantes est de favoriser la poursuite des études, assujettissant le dilemme éthique émotif à cette priorité. Que l'histoire d'A₁ soit celle où les tours de parole sont les moins nombreux (tableau 3.1), peut peut-être indiquer que le problème est rapidement appréhendée par les aidantes, qui sont elles-mêmes des étudiantes, pour qui la réussite des études est aussi une priorité. La distinction des rôles est peut-être facilitée par une identification avec le problème d'A₁. La perte potentielle des chances de l'aidée d'accéder à une position sociale par l'entremise d'un titre universitaire, peut inciter les intervenantes à accentuer leur propre parole dans ce sens.

4.2.1.2 Les intervenantes en relation avec A₂

Les intervenantes ont émis seize références à leur production de parole en relation avec cette aidée, soit sensiblement le même nombre qu'avec A₁. Toutes les trois ont partagé leur conception du sérieux que l'oubli de la prise d'anovulants représente pour A₂ et elles se réfèrent à leur parole à cet effet. I₃ dit: « Pour la pilule, *je vais te dire* tout de suite, il faut pas prendre de chance ». I₂ pense de même et elle rassure l'aidée à deux reprises à ce sujet: « ...*je pourrais te donner* des informations » et: « *Je peux te donner* de

l'information avec tous les pamphlets qui vont t'aider ». Elle précise aussi: « Bon, *je dois dire* ... quand *je dis* réussite, c'est pour pas tomber enceinte. ». I₁ quant à elle conseille directement l'aidée: « Oui, oui, moi *je te conseillerais*, au moins pour être sur le côté sécuritaire. Parce que tu es en nursing, c'est pas le moment d'avoir un enfant. », ce qu'elle renforce: « En tout cas, moi, *je te conseille* ça, là. ». Bien qu'il ne soit pas rare que des élèves en nursing deviennent enceintes durant leurs études, les trois intervenantes offrent peu d'ouverture à cette option dans ce cas-ci. Elles informent donc l'aidée des moyens pour éviter la grossesse. Encore ici, leur rôle d'experte semble lié à leur manque de recul face à l'histoire problématique d'A₂. Carlson (1984) rendait compte du « soi indissocié » des infirmières par rapport à celui de leur clientèle. Nos propres résultats nous amènent plutôt à considérer ces références à leur propre parole comme étant des tentatives pour partager leur représentation de l'importance sociale et stratégique de la formation pour cette clientèle. Il s'agit, selon nous, de la manifestation d'une expertise sociale de l'intervenante qui se trouve confirmée ici.

⊛ Nous sommes encore confrontée à l'expression « je veux dire », et à son sens phatique par opposition à une simple conversation. Prenons l'exemple dans lequel I₁ dit: « ... tu es leur seule enfant, ils vont essayer de te protéger... Mais, *je veux dire*, peut-être qu'ils vont te dire O.K, vas-y, fais ton expérience ». Ce qui nous fait pencher pour l'attribution d'une fonction d'enseignement dans ce cas particulier, est le lien étroit que fait I₁ entre la parole imaginaire des parents, et son propre « je veux dire », qui semble être une forme de substitution entre le rôle d'aidante et celui de parents. Celle-ci cadre bien avec l'avis d'I₁ que A₂ se doit d'agir selon ce qu'elle désire, elle: « ...c'est une décision qu'il (sic) faut... qui vienne de toi... c'est toi qui vas assumer les conséquences... ». Dans deux autres exemples, que nous n'avons pas inclus dans nos données, « je veux dire » est plus nettement, un phatique: « Je veux dire, il y a toujours du monde qui vont être pour, puis il y a toujours du monde qui vont être contre. » et: « Puis, je veux dire, tu vas voir aussi son attitude à lui. ».

I₁ partage clairement une représentation qu'elle se fait de son rôle durant l'entrevue: « Ben moi, qu'est-ce que *je vais te dire* ... c'est que *je peux pas vraiment* comme *te dire* quoi faire. Parce que c'est pas ma place ici ... *je pourrais te dire* quoi faire ..., ce serait trop facile, hein? ». Elle situe ainsi l'aidée sur ce en quoi consiste leur responsabilité mutuelle durant l'entretien en cours simplement en lui décrivant la fonction de sa parole dans l'entretien. Pourtant, I₁ est également capable d'un discours plus directif en d'autres

occasions durant l'entrevue, par exemple: « Laisse ça tomber pour un petit bout de temps, au moins le temps que tu passes tes examens... ». Finalement, il est difficile d'évaluer laquelle des versions de son rôle retient dans la situation, mais la place du conseil bien inscrit près de la clôture de l'entrevue peut laisser penser que l'intervenante accepte implicitement du moins la tâche de diriger l'aidée.

I₂ fait aussi allusion à une représentation de son rôle, cette fois par la négative: « Moi, *je ne dis pas* que tu dois changer tes idées... ni que tu dois pas les changer... Mais ce que *je dis*, c'est qu'en communiquant avec eux, tu vas peut-être voir les choses ... d'une autre façon. ». Elle dira plus loin, comme pour accentuer l'importance de sa dernière assertion : « ... le temps nous aide avec les événements. ». L'intervenante polarise donc ce qu'elle se représente être son rôle: « je ne dis pas » et « je dis ». Mais le dernier conseil, qui est de communiquer avec les parents, laisse la porte ouverte à l'aidée pour qu'elle change effectivement d'opinion. Cette gymnastique linguistique a pour tâche de guider l'aidée dans le sens des représentations de l'intervenante. Le statut de locutrice-intervenante est signalé paradoxalement par le fait de dire ce qui ne doit pas être dit. De plus, cette expression devient une formule permettant à l'intervenante de focaliser l'attention de l'aidée sur la parole à venir, qui, celle-là, dira ce qui est important pour les fins de l'entretien. La relation entre les locutrices est marquée par cette direction.

Tout en affirmant, encore par la négative, la difficulté inhérente du message à venir: « *je ne dis pas* que c'est facile, pourtant... », I₂ dirige A₂ vers une conduite inspirée d'une certaine sagesse populaire: « il faut prendre une chose à la fois », privilégiant de la sorte l'action plutôt que l'émotion. Ensuite, suivant son interprétation antérieure « si c'est quelqu'un qui t'aime, il va comprendre », elle précise, par le même style: « *je ne dis pas* que tu devrais le soumettre à un test... ». La communication reste trouble ici, car quoique l'idée d'un test de confiance soit jugée explicitement inopportune, sa pertinence reste toutefois dans l'air, puisqu'elle mentionne ensuite: « Si c'est quelqu'un qui t'aime ... il va comprendre... ». Le discours de l'aidante exerce donc un encouragement à l'aidée à être prudente.

Les trois intervenantes par leurs références à leur acte de parole, délimitent leur rôle et ainsi leur relation avec A₂. On peut constater que I₁ et I₂ dirigent l'aidée, et par conséquent l'entretien, vers leurs représentations mixtes de l'entrevue, c'est-à-dire une

situation où l'aidée, tout en étant invitée à réfléchir par elle-même, est simultanément dirigée dans le sens de leur opinion. Encore ici, les initiatives de l'aidée risquant de nuire à ses études sont implicitement découragées, et le rôle des aidantes s'affirme dans cette direction. I₃ suggère de dire à ses parents comment elle sent: « que cela t'affecte dans tes études. », expliquant plus loin: « ils voudraient que tu sois heureuse. », rétablissant ainsi la centralité de l'inquiétude des parents dans la décision de l'aidée. I₁ affirme à A₂: « En nursing, c'est pas le temps d'avoir des enfants. » et: « Faut que tu penses aussi que tu as tes études. ». Et I₂, après lui avoir demandé: « Tu voudrais déménager tout de suite? », poursuit: « Concentre-toi sur tes examens. ». L'histoire semble ici aussi déterminer les propos des aidantes, leurs références à leur propre parole étant des stratégies les instruisant sur une réalité qui leur est proche. Tout ce qui risque de détourner l'aidée de ses études est habilement contourné.

4.2.1.3 Les intervenantes en relation avec A₃

Un total de cinq références pouvant s'inscrire dans notre catégorie du « je dis » ont été prononcées en interaction avec A₃. Le seul renvoi de I₃ à sa propre parole est sa réponse à une question posée par A₃ au tour de parole précédent: « ...vous pensez que ce n'est pas important? », ce à quoi elle rétorque: « Non, *je ne dis pas* ça ». Comme l'aidée poursuit, demandant une explication « ... parce que vous me dites pourquoi je veux savoir... », l'intervenante propose une nouvelle interprétation de la frustration vécue par A₃, faisant dévier ainsi le cours de la discussion. Le « je ne dis pas » lui permet de refuser l'interprétation de l'aidée, et de lui en proposer une autre elle-même, délinéant les rôles de chacune durant la relation d'aide. L'expertise se manifeste par le droit à l'interprétation du comportement de l'autre.

I₁ délimite l'ampleur de son rôle, à la suite d'une question de A₃: « Pensez-vous que ça va ... améliorer les choses? », en affirmant: « Eh, *je peux pas* vraiment le *dire*. ». Mais elle poursuit: « ... si tu me dis que ton professeur est abordable, ..., peut-être que c'est une avenue... ». Par cette deuxième partie de sa phrase, toutefois, elle offre une certaine direction à l'aidée, liée cependant à l'exactitude de l'information venant de cette dernière. Ainsi, la parole de l'aidée « tu me dis » conditionne la valeur du conseil donné, une façon d'insinuer à un niveau métacommunicationnel la responsabilité réelle de l'aidée, signifiée par

l'allusion à sa parole d'aidée dans la relation d'aide. Nous étudierons plus en profondeur la référence au « tu » dis dans la prochaine section. Mais la complémentarité des locutrices est imputée dans l'opposition du « je peux pas ... dire » et « si tu me dis ». Le conseil est ici valable à condition que tu me dises les choses qui me permettront de t'aider.

Dans une série d'échanges, I₂ met en contraste la fougue de A₃, qui veut tout faire pour une patiente ayant perdu le goût de vivre, avec sa propre conception du travail de l'infirmière, qui est aussi d'accepter, même si c'est dur, le désir des clients. Lorsque l'aidée lui dit « ... vous croyez que c'est bien de ... la regarder mourir sans rien faire? Sans au moins essayer... », elle répond: « *je ne dis pas* qu'il ne faut pas faire ça... », lui suggérant même des façons de s'y prendre, tout en faisant ressortir plus loin que ces moyens ont déjà été inefficaces. Il s'agit de deux règles de conduite qui s'affrontent chez l'intervenante (agir ou accepter), et elle essaie d'en informer l'aidée, de lui expliquer la réalité du métier et les ajustements émotifs que doit faire l'aidée pour y faire face. Cependant, son statut d'intervenante lui interdisant d'éteindre le feu sacré de l'aidée, le commentaire « je ne dis pas » permet d'émettre en même temps des notions, quelque peu contradictoires, mais compatibles avec le désir de A₃. Vers la fin de l'entretien, elle essaie d'influencer l'étudiante à ne pas quitter son stage: « *c'était pas, je ne dis pas...* une décision de laisser le stage, j'espère? », insistant sur le fait que c'est seulement le début pour elle, et que cette épreuve lui enseignera le vrai visage des sciences infirmières. La relation d'aide semble donc être un moment où l'intervenante plus expérimentée initie la novice. La prochaine référence d'I₂ à sa parole illustre également cette relation: « *Je veux* quand même *avoir* pour toi un *petit mot* d'encouragement. Parce que c'est difficile, le premier stage... ». Elle offre une représentation de son rôle, sa parole instruisant l'aidée de son habileté à reconnaître la difficulté d'être novice et servant ensuite à l'encourager. La relation complémentaire s'établit par le « bon mot » que l'intervenante plus expérimentée, qui a déjà été elle-même novice, adresse à l'aidée inexpérimentée, connaissance qu'elle prend sur elle de transmettre en toute légitimité durant l'événement actuel. Contrairement aux interactions avec A₁ et A₂, les mentions de « je dis » sont peu nombreuses et pratiquement toutes dans des phrases négatives, signalant ainsi une orientation plus indirecte des propos.

4.2.1.4 Les intervenantes en relation avec A₄

Les aidantes se sont référées à leur production de parole à six reprises. Avec A₄, somme toute confusément, I₃ tente de corriger l'opinion négative que s'est formée l'aidée sur son milieu de stage, en accordant tout de même crédit à l'opinion de cette dernière. À celle-ci qui lui dit: « Je devrais peut-être pas généraliser... », elle réplique « Oui, c'est ça ... ce n'est pas sur tous les étages... (que)... c'est ça qu'on fait... *Je ne dis pas non*, non plus... Est-ce que tu as discuté avec le prof. de tout ça? ». Ici l'intervenante se sert de sa référence à sa parole pour émettre une opinion personnelle, tout en s'en remettant rapidement à l'autorité de la monitrice clinique qui accompagne les étudiantes lorsqu'elles sont en stage: « Est-ce que tu as discuté avec le prof de tout ça? », annonçant ainsi à A₄ qu'elle n'a pas peut-être pas toute l'expertise voulue pour se prononcer ici. Son habileté consiste à faire dévier le centre d'intérêt sur la monitrice clinique, comme si l'expertise se situait en dehors de la relation actuelle. Le fait que l'aidante soit elle-même une étudiante peut avoir influé sur cette indication, l'affirmation de son individualité ayant fait émerger une incertitude quant à son interprétation de la situation antérieure. Mais la remarque sur la monitrice montre que I₃ connaît bien le milieu de l'aidée et qu'elle peut la renseigner à cet effet.

I₁ ne semble pas éprouver un tel doute lorsqu'elle réitère son interprétation de la situation, accentuant ainsi son expertise et dirigeant par le fait même l'aidée dans l'identification de la causalité de son problème, qu'elle tempore toutefois par « peut-être ». Elle supporte donc l'aidée et attribue un blâme aux conflits de valeurs, plutôt qu'à une erreur dans sa démarche durant le stage: « ... tu as fait ton devoir...comme *je te dis*, c'est peut-être que tu t'es heurtée à des confrontations de valeurs, si tu veux. ». L'intervenante se propose en alliée et défenseur de l'aidée, un peu comme l'a fait l'aidée envers son client. Ici, sa connaissance du code de déontologie soutient le « comme je te dis » et témoigne de son acculturation au rôle d'avocat du client. Elle renseigne par le fait l'aidée à ce sujet, elle-même en formation. La relation d'aide est donc un moment d'acculturation à des normes éthiques soutenues par la discipline, et qui pourtant ne sont pas toujours appliquées dans les milieux de soins. À la rigueur, « comme je te dis » exprime une critique voilée de tels milieux, où les valeurs personnelles et les conflits de générations font entrave au soin de qualité.

D'autres formes de renseignement sur les pratiques des milieux institutionnels se retrouvent lorsque I₂ les signale à A₄ à deux reprises. D'abord, tôt durant l'entrevue, elle lui demande: « Veux-tu que *je te dise* la vérité? » et répond: « Oui, ... on a toujours un boss... on a toujours un chef », et: « on fait ce... qu'on peut pour gagner notre cause... Il te reste deux alternatives..., soit tu te soumetts, soit tu quittes... ». Ensuite elle avance: « c'est pas seulement ça que *je veux te dire*. Il faut savoir la façon d'aborder les autorités. C'est pas aussi simple... ». Elle enseigne ici qu'en plus d'être confrontée aux autorités, l'aidée doit savoir comment les aborder, ajoutant que cette dernière devrait se calmer et contrôler sa colère, qui met sa carrière en péril. Les assertions de l'aidante, précédées par l'impératif de dire la vérité, notifie son rôle d'interprète du monde et d'informatrice des stratégies pour y naviguer.

En concluant plus loin: « ... *je n'ai rien fait que...* de *te dire* ce à quoi tu pensais ... de te *répéter* ce que tu m'avais dit. Tu as dit « bon... peut-être je devrais aller lui parler,... c'est ... ce que tu dois essayer. », I₂ minimise l'ascendant qu'elle a exercé plus tôt durant l'entrevue et réduit, pour ainsi dire l'impact de son propre rôle à celui d'une sorte de miroir réfléchissant les pensées de l'aidée. La complémentarité entre « je » et « tu » est signalée, et cette manoeuvre permet en effet de brouiller sa direction, éclairant explicitement une attitude préconisée dans les guides de la relation d'aide proposés aux étudiants durant leur formation, celle où l'aidante ne donne aucune solution à l'aidée.

Comme nous venons de le décrire dans les interactions précédentes, les trois intervenantes marquent, par une référence directe à leur comportement parolier, le contexte situationnel en métacommuniquant sur certaines de leurs représentations de l'événement en cours. Le « je » qui parle ou qui dit, acquiert, au moment même de sa référence à sa propre parole, une identité sociale, en étayant le statut d'aidante-locutrice par complémentarité avec celui de l'aidée-locutrice, accentuant une relation basée sur une habileté et une connaissance particulière que l'aidante transmet.

Nous avons également noté que le contexte macro-social se marque abondamment, surtout durant l'interaction avec A₁ et A₂. La situation sert ainsi de pôle d'attraction autour duquel l'intervenante articule son rôle d'aidante dans la situation actuelle de relation d'aide. Le « je dis », « je veux » dire, « je ne dis pas », etc... deviennent ainsi des messages sur une certaine représentation de la réalité à laquelle est confrontée la consultante, laissant les

paramètres psychologiques à toute fin pratique non-ciblés dans le contexte des références à la production de la parole. Le « je dis », prononcé durant l'interaction, permet à l'intervenante d'interpréter dans le présent, les faits sociaux antérieurs faisant partie de l'histoire de l'aidée, en « métacommentant » sur son autorité à le faire.

De telles références sont des moyens pragmatiques d'actualisation d'un rôle d'aidante, vu comme un art de transmettre à l'aidée une information sur cette réalité sociale, somme toute, une forme d'acculturation dans le sens le plus culturel du mot. Les trois intervenantes, à leur façon, se posent en porte-paroles de significations contextuelles telles qu'elles se les représentent. À ce compte, le message pourrait demeurer personnel, donc réfutable par l'aidée. Peut-être qu'une situation réelle impliquant de réelles clientes aurait, en effet, pu devenir un théâtre de confrontation de représentations. Mais il reste que les intervenantes s'aventurent spontanément dans la voie d'interprète du social, lorsqu'elles actualisent un rôle social d'aidante.

Nous réitérons donc ici que lorsque l'occasion s'est présentée où les intervenantes de notre étude se sont référées à leur production de parole, elles ont marqué leur rôle dans l'ordre de la complémentarité avec les aidées, en leur transmettant leur connaissance du monde, en justifiant leurs interprétations, en limitant le poids de leur parole durant l'entretien, en enseignant et renseignant l'aidée sur le monde contextuel à l'entrevue, donnant ainsi une couleur sociale à celle-ci. L'événement de parole de relation d'aide est loin d'être séparé des autres contextes sociaux, car même lorsque les intervenantes s'adressent aux aidées dans le présent de la relation face à face, elles amènent dans le champ dyadique immédiat des composantes sociales extérieures, tout en marquant simultanément leur rôle dans l'actualité de cette dyade.

Au moment de poursuivre notre analyse de la catégorie « tu dis », il nous faut souligner les différences dans la répartition des fréquences des « je dis » et « tu dis » en relation avec les scénarios des aidées. En effet, les « je dis » apparaissent plus fréquemment en relation avec A₁ et A₂, qu'avec A₃ et A₄, alors que les références aux « tu dis » sont plus fréquentes dans les interactions avec A₃ et A₄ et conséquemment plus rares dans le dialogue avec A₁ et A₂. Il y a peut-être des éléments propres aux situations problématiques des deux premières aidées qui affectent les aidantes à se référer à leur propre parole plus souvent qu'elles ne le font avec A₃ et A₄. La nature plus personnelle des situations d'A₁ et A₂ ouvre peut-être une voie à l'implication personnelle des aidantes par le

ciblage de leur parole. La dynamique en cours durant les interactions se doublerait ainsi implicitement de propriétés symétriques sous des dehors complémentaires.

4.2.2 La référence à « tu dis »: signalisation du rôle de l'aidée durant l'entrevue

Nous rendons compte ici de la référence à la production de la parole accomplie par l'aidée durant le face à face immédiat. Dans ce cadre, au niveau du « tu dis », et de ses synonymes, les trois intervenantes ont émis un total de quatre-vingt neuf (n=89) références à la production de la parole dans l'ici et maintenant de leurs dyades (tableau VI). La proportion de ces références est donc de 18,2% par rapport aux références totales à la production de la parole (n=488). Nous avons observé peu d'écart entre les intervenantes quant à la distribution globale des fréquences, I₁ en ayant accumulé vingt-cinq (n=25). I₂ trente-deux (n=32) et I₃ également trente-deux (n=32).

TABLEAU VI FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES À « TU DIS »

INTER VENANTE	AIDÉE				
	A1	A2	A3	A4	TOTAL
I1	5	4	11	15	25
I2	5	7	7	13	32
I3	5	1	15	11	32
TOTAL	15	12	23	29	89

Nous avons noté que l'intervenante utilisait sa référence au fait que l'aidée est une agente de parole pour accentuer, et le rôle de cette dernière dans la situation face à face, et les thèmes de discussion jugés, par elle, importants pour que s'accomplissent le but des rencontres. Nous verrons que la complémentarité aidante-aidée est formée par une variété de ces références, qui servent, soit d'argumentation, soit de jugement sur l'aidée transposé par un jugement sur sa parole. L'aidante utilise les propos de l'aidée pour accentuer ses propres points ou établir la responsabilité de l'aidée dans le déroulement de la relation

d'aide. L'analyse que nous proposons ici de diverses références à « tu dis » ou ses synonymes, nous amène à en dégager des axes de méta-significations pragmatiques: celui de la responsabilisation de l'aidée par le biais de sa production de parole, celui de la relation interactive et des rôles qui sont marqués par cette focalisation sur la locutrice-aidée, celui de la fonction de la métacommunication et l'interpénétration des messages s'y rapportant. Le fait que les trois aidantes aient cumulé ici deux fois plus de références à la parole produite par l'aidée qu'à la leur propre parole peut renvoyer à une conception de l'événement en cours comme étant centrée sur la cliente et particulièrement sur sa qualité de locutrice. L'habileté de l'aidante est ici soumise à la capacité de l'aidée de produire de la parole afin d'accomplir les actes de son rôle et leur complémentarité est à nouveau affirmée.

4.2.2.1 Les intervenantes en relation avec A₁

Un total de quinze références ont été notées dans la présente catégorie, dont voici plusieurs exemples. Des propos comme: « Est-ce que *tu peux m'en parler* un petit peu plus? » (I₁); « *Explique-moi ... quand ... ça commencé...* ». (I₁); « Qu'est-ce que *tu veux dire*, par c'est très difficile pour toi? » (I₃) et « Qu'est-ce que *tu veux dire*, de temps en temps? » (I₃) permettent aux aidantes d'extraire des précisions utiles à leur compréhension de son problème. De telles références renforcent la notion que l'événement en cours en est un où l'expression verbale de l'aidée est capitale.

Mais d'autres références exercent également des fonctions pragmatiques plus pointues, dont nous fournirons ici plusieurs exemples. Ainsi, tôt durant l'entrevue, I₁ reformule une préoccupation de l'aidée: « *Tu dis* que tu es fatiguée ... ». Le thème du physique deviendra pour elle une sorte de leitmotiv ponctuant sa direction de A₁, à dix reprises, vers les ressources qu'elle lui propose systématiquement afin d'alléger sa tâche, de poursuivre ses études et de mieux s'entendre avec son mari. Ainsi, I₁ qui a déjà suggéré à A₁ de faire son cours en cinq ans, et entendu clairement que cette dernière n'y tenait pas: « Eh non, pas vraiment », revient pourtant à la charge, cette fois en insistant comme suit: « Je vais te dire, là, je suis inquiète de ta santé. T'as ton mari. T'as des enfants, *tu as dit?* », et: « ... *Tu me dis* que tu manges plus, que tu dors plus..., que tu es stressée au maximum ... Je sais que c'est beaucoup peut-être pour toi là, cinq ans. Mais c'est peut-être

une option ...l'Alzheimer, c'est pas quelque chose qui, eh, qui va s'améliorer... ». Elle reprendra plus tard son souci pour la condition physique de l'aidée: « Ben, j'aimerais ça qu'on parle. *Tu m'as dit* que tu manges pas... ». Face à la maladie physique de la mère, I₁ confronte l'aidée à ses propres symptômes physiques, et accentue le bien-fondé de ses conseils pour alléger ceux-ci. La répétition de ses références à ce que « tu dis » amplifient la portée du thème de la santé menacée de l'aidée, lequel, d'ailleurs, a été mentionné par l'aidée elle-même. Le rôle de l'aidante semble ici de trier l'information pour en dégager elle-même le thème essentiel pouvant influencer l'aidée dans sa prise de décision.

Certaines références de I₂ ont pour fonction d'accentuer la responsabilité d'A₁ dans la solution de son problème: « À quoi réfléchis-tu, *dis-moi* peut-être deux ou trois pistes... », et: « Il va falloir que tu fasses des efforts toi-même ... Bon, une nuit, tu réfléchis, et *tu te dis* « je ne veux pas abandonner ma mère », c'est hors de question, comme *tu as dit*. Et puis, qu'est-ce que tu vas faire? », ainsi que: « Mais tu sais exactement quoi faire, tu vois, *c'est toi-même qui me l'as dit*... Ce que je peux faire pour toi, maintenant que *tu m'as dit* ce que tu voulais, puis que tu t'es décidée... ». Ceci montre clairement qu'I₂ ne prendra pas l'initiative de dire à l'aidée quoi faire, celle-ci devant donc indiquer par sa parole, une solution à son problème. Cette approche cadre avec une conception nord-américaine de la relation d'aide où l'aidant n'impartit pas de son gré une instruction à l'aidée. Paradoxalement, et ce à un niveau implicite, le message amplifie le pouvoir de l'intervenante d'exiger un telle participation de la part de l'aidée, l'obligeant à fournir un effort significatif dans l'issue du problème. La complémentarité des participantes prend une tonalité différente que l'on soit dans le registre explicite ou dans celui de la métacommunication, car le sens des références à la parole de l'aidée est finalement une direction vers les ressources communautaires soulevées par I₂ plus tôt dans l'entrevue.

A d'autres moments, une référence à la production de la parole de l'aidée sert à tester la cohérence de ses propos durant l'entretien, l'aidante reflétant ici l'inconsistance qu'elle observe chez A₁ qui disait: « Je ne sais pas ce que je veux... ». En effet, I₃ la confronte: « Mais *tu viens de me dire* que tu ne sais pas quoi faire, maintenant *tu me dis* que tu lui as dit que tu vas garder ta mère. » Non seulement la parole de l'aidée est-elle importante dans l'entretien, mais sa logique est aussi calculée par l'intervenante. Bien qu'encouragée par un modèle psychologique de relation d'aide, qui vise le développement personnel de la cohésion, l'approche de l'intervenante prend une dimension différente dans un modèle plus socio-linguistique de la communication. En effet, si, par principe, un

entretien d'aide se centre fondamentalement sur l'acquisition ou le développement de la compréhension de soi, l'aidante y juxtapose en coulisse une autre réalité, celle de sa prérogative d'insinuer que la parole de l'aidée est incohérente, ce qui revient à la diriger vers une plus grande logique pour bénéficier de l'aide attendue, responsabilisant l'aidée face à la qualité de sa parole.

Lorsque I₃ dit à A₁: Mais tu parais sceptique, *tu dis* peut-être », elle semble a priori cibler un sentiment jugé important pour le déroulement de l'entrevue, mais la suite de sa phrase: « Est-ce que c'est la seule initiative que tu trouves? » devient plus directive, surtout lorsqu'il est clair que l'aidante favorise un échange entre A₁ et son mari. Le point de vue de l'intervenante se trouve donc accentué, non par « tu dis peut-être », mais par ce qui suit, suggérant une sélection de sa part d'aspects de la parole de l'aidée correspondant à sa propre représentation de son problème. Ceci confirme la responsabilité de l'aidante qui se fixe sur les paroles de l'aidée pour mieux supporter sa vision complémentaire de la dyade aidée-aidante.

Même si « tu dis » laisse présager une focalisation sur les propos de l'aidée, nous pensons que les trois aidantes effectuent activement une sélection de thèmes qu'elles délimitent elles-mêmes, tout en en créditant l'origine à A₁. Une fois les propos attribués à celle-ci clairement combinés à l'ordre du verbal, le rôle des intervenantes se construit par leur marquage de cette parole pour soutenir l'autorité de leurs conseils.

4.2.2.2 Les intervenantes en relation avec A₂

Se référer à la parole de l'aidée peut consister en une simple recherche de précision. La seule référence qu'ait adressée I₃ à l'aidée est de cet ordre: « *Tu m'as dit* qu'il les avait rencontrés, c'était pour parler de ça...? ». La reprise du thème problématique de la relation entre les parents et l'ami permet cependant à l'intervenante d'aller au-delà du texte digital et de confirmer sa vision du problème de l'aidée dans le cadre de la relation parents-ami. « Tu m'as dit » représente la sélection active d'un thème dans le texte verbal de l'aidée, pour confirmer la représentation qu'a l'aidante du problème et planter les jalons ultérieurs de sa solution.

I₂ qui s'est référée à la parole de l'aidée sept fois, lui demande à trois occasions d'en préciser le sens, attirant de ce fait l'attention sur le thème en question: « Peur de lui, qu'est-ce que *tu veux dire*? », et: « Ca fait plus d'effet, qu'est-ce que *tu veux dire*? » et: « *tu disais* que... ». L'intervenante invite ainsi l'aidée à éclaircir ce qu'elle a déjà dit, appelant, selon son rôle, la collaboration de l'aidée en renforçant son statut de locutrice.

I₂ réfléchit la production de parole d'A₂ dans une série de répliques dont la fonction globale est de bâtir un argument pour convaincre cette dernière de se dégager des pressions de son entourage. La séquence commence avec la transmission de son point de vue sur la situation: « ... tu es la seule en mesure de peser le pour et le contre ... » et: « ... dans la vie... on peut pas faire (sic) tout le monde heureux. », et finalement: « ...il faut bien penser à ... ce que toi tu veux pour toi-même... ». Cette direction explicite est ensuite réitérée, cette fois en rapportant ce que dit A₂: « ... si je vois bien ce que *tu me dis là*, il me semble que toi-même tu n'es pas convaincue... que ça marcherait... » et: « Tu vois, ça pourrait marcher, *tu dis* pas ça va marcher, suivi plus loin de: « ... pour moi, c'est un signe que tu as ... des doutes ... ». Les références d'I₂ prennent la forme de reflets inscrivant l'incertitude de l'aidée dans l'échange verbal et, en principe, seraient centrées sur le vécu actuel de l'aidée, n'eut été de la tentative de persuasion antérieure vers plus d'autonomie. C'est la parole de cette dernière qui est ciblée comme étant le moteur explicite de sa prise de conscience alors que c'est plutôt le discours antérieur d'I₂ qui est ici en jeu. Entre ces deux participantes, une situation semblable se produit plus tôt dans l'entrevue: « *Tu disais que* ... c'est un malaise », paraissant reprendre la perception de l'aidée, l'accent reste de courte durée: « Mais les décisions font toujours ça... », dépersonnalisant rapidement le malaise sous forme d'un cliché. Ceci pour dire que même une référence dirigée sur la parole de l'aidée peut en fait refléter l'interprétation de l'intervenante, montrant l'importance du contexte des actes de parole pour les fins de notre analyse.

I₁ explore: « D'après ce que *tu me dis*, tes parents trouvent ça difficile parce qu'il est ... plus âgé et qu'il a déjà été marié. Toi comment tu te sens par rapport à ça? ». Bien que ce signalement de la parole de l'aidée lui permette de s'enquérir de son état émotif, il est aussi une tentative, dans le même tour de parole, pour l'amener à identifier ce qu'elle désire pour elle-même: « ... c'est toi qui vas assumer les conséquences ». D'ailleurs, elle cherchera plus loin à amener l'aidée à reconsidérer sa décision d'aller vivre avec son ami avant la période des examens, ou même avant l'été, les études étant: « ... quelque chose qu'il ne faut pas que tu négliges ... ». Par sa ponctuation de la parole d'A₂, elle tente donc

de convaincre cette dernière de mieux connaître son ami avant d'aller demeurer avec lui: « *Tu me dis* que ça fait trois mois ... ça te donnerait un autre trois mois, ce qui est pas mal », ce qu'elle consolide par: « Comme *tu dis*, si tu as des bonnes nouvelles, tant mieux. Si tu as des mauvaises nouvelles, ben là, tu auras l'été pour voir. ». La relation d'aide s'affirme dans la complémentarité des rôles, l'intervenante influençant en fait l'aidée vers une issue où elle ne nuira pas à ses études, thème déjà abordé par I₁. Ainsi que nous l'avons conclu, la référence à « tu dis » devient un instrument de consolidation du jugement de l'intervenante formulé comme émanant de l'aidée.

4.2.2.3 Les intervenantes en relation avec A₃

Un total de vingt-trois références (n = 23) à la production de la parole par A₃ ont été formulées, représentant deux fois plus de données que celles observées dans la relation des intervenantes avec A₁ et A₂. Ce total se compare d'ailleurs avec celui accumulé chez A₄ (n = 29), dont nous parlerons plus loin. Nous constatons que le statut de locutrice à avoir été le plus souvent mentionné par les aidantes, est celui des deux aidées qui ont rapporté un problème lié à leur stage. Il se peut que ces scénarios aient influencé les aidantes dans leurs remarques, en vertu de leur propre statut d'étudiante connaissant bien le milieu décrit par les aidées. La relation d'aide représenterait ici un événement de partage de cette expérience, souvent chèrement acquise, afin d'en informer les jeunes recrues, et finalement, les aider. L'ici et maintenant de leur interaction se particularise par le soulignement du fait que les aidées disent les choses, liant le processus relationnel à leur faculté de parole. Nous discuterons dans ce qui suit d'une variété d'exemples ayant inspiré notre interprétation.

L'exploration du problème de l'aidée s'effectue encore ici en ciblant le fait qu'elle produit de la parole. I₃ demande: « Tu ne peux pas dormir... *Tu veux dire?* », et: « Et pourquoi *tu as dit* qu'en tant qu'étudiante, ça t'affecte? », et: « *Tu m'as parlé* que tu ...n'es plus intéressée comme avant à venir au stage ... ». I₂ dit: « *Tu avais dit* tantôt que tu avais l'impression que tu échouais dans le rôle d'infirmière ... ». Et aussi, I₁ qui s'informe ainsi: « *Tu me dis* un peu que, bon, tu as des craintes face à ton stage? ». Comme nous l'avons déjà mentionné lors d'explorations antérieures avec d'autres aidées, la référence permet de situer la relation dans le domaine des activités de langage, et il s'agit d'un moment où la

parole devient habileté d'échange, l'intervenante en consolidant l'origine dans le camp de l'aidée.

Certaines autres références à la parole de l'aidée renseignent celle-ci sur un manque de consistance notée dans son propos, et, selon le cas, offrent support ou opposition à l'un ou l'autre des aspects de cette parole. Cette stratégie n'a été observée qu'une seule fois chez I₁, par une allusion implicite à A₃: « *Tu me dis* que tu l'évites, mais d'un autre côté, *tu dis que* tu as essayé de beaucoup faire pour elle », lui signalant l'écart observé pour finalement la rassurer sur ses actes. I₁ cherche ainsi à lui montrer qu'elle a déjà beaucoup fait pour sa cliente, lui indiquant ainsi son approbation. I₃ cerne de façon plus critique la contradiction qu'elle observe: « Ok, ok... Tout à l'heure *tu m'as dit* que le refus ne te fait rien, maintenant *tu me dis que* c'est les deux », et: « Mais tout à l'heure *tu m'as dit* qu'elle veut rentrer chez elle,... Maintenant *tu me dis* qu'elle n'a pas de raison », ainsi que: « Maintenant *tu me dis* que tu espères qu'elle va parler, suivi de: « Si tu la laisses, comment tu vas savoir? », pointant plus loin la contradiction. Ici, l'aidante qui cherche à encourager la cohésion du discours de l'aidée s'octroie aussi le pouvoir d'en dévoiler l'inconsistance, évaluant négativement la performance de l'aidée auprès de sa cliente par le fait même. La relation accomplie par I₃ avec l'aidée est une représentation de son rôle où son jugement de valeur peut amener l'aidée à développer une compréhension de sa situation problématique.

Un désaccord se manifeste dans le commentaire, à première vue assez neutre, où I₃ dit à A₃: « Mais maintenant, *tu m'as parlé* que tu n'es plus intéressée comme avant à venir au stage ». Ceci pourrait sembler être une simple rappel d'un propos déjà formulé par A₃, mais le message devient plutôt critique: « alors, pour toi, c'est très important que tu aies des patientes qui peuvent parler..., rire..., communiquer. », comme si elle lui reprochait de vouloir une patiente sur mesure. Il faut enregistrer l'effet cumulatif pragmatique de ces deux critiques de A₃, qui accentuant le lien complémentaire entre les deux participantes, où l'intervenante se permet de blâmer l'aidée sur son comportement durant son stage, en fournissant une interprétation à partir de ce dont elle a parlé.

Une approche souvent invoquée dans le discours psychologique de la relation d'aide est l'habileté de refléter le propos ou l'émotion sous-jacente au propos de l'aidée. I₁ accomplit une telle tâche d'accentuation en disant: « D'après ce que *tu me dis-là*, c'est que tu te sens coupable aussi de la laisser tomber ». De la même façon, I₂ reflète: « Pourtant, *tu*

dis que ça te dérange le fait qu'elle veut se laisser aller. », et: « Ca te préoccupe beaucoup... ta patiente..., c'est déjà la deuxième fois que *tu me racontes* ». Alors que I₃ reprend: « Et pour toi, c'est très important d'exercer ton rôle à ce que *tu as dit?* », et: « Et toi, *tu dis* ça te frustre. », ou encore: « *Tu m'as dit...* c'est pas le changement qui t'affecte... *tu m'as dit* que c'est plutôt la façon de t'y prendre », ainsi que: « Il me semble que tu manques de confiance en toi ». De tels messages ont pour fonction de bien garder le focus de la discussion sur l'aidée, le propos de l'aidante restant ici très peu marqué, si ce n'est que par l'assomption sous-jacente qu'il lui appartient de remplir cette fonction. Ces quelques exemples sont parmi les seules références à la production de la parole qui expriment des reflets ou des reformulations fidèles à l'approche psychologique. Cependant, leur brièveté au sein des références, et le fait qu'elles soient entourées de commentaires plus directifs de la part des aidantes mitigent grandement leur effet réflexif.

4.2.2.4 Les intervenantes en relation avec A₄

Les intervenantes reviennent sur des propos déjà prononcés par l'aidée, comme dans ce qui suit: « Puis toi, tu es en dehors de l'école, d'après ce que *tu m'avais dit?* » (I₃); « *Tu viens de me dire* que tu es déjà à la porte. Donc on t'a déjà refusé le stage? Pourquoi *tu dis* que tu es à la porte? » (I₂); « Est-ce que *tu peux me dire* un peu plus ce qui est arrivé? » (I₁); « Et l'infirmière a dit que tu ne devrais plus venir sur l'étage, c'est ça que *tu m'avais dit?* » (I₂); « De quoi *parles-tu quand tu dis* ... du bon jugement? » (I₂); « *Veux-tu m'expli... quer* ... oui, continue ce que *tu voulais dire...* » (I₃); « Et ils ont quel âge ... que *tu m'avais dit?* » (I₃); « *Tu m'avais dit* tantôt que l'infirmière en chef s'est fâchée. » (I₂). Nous pourrions ne voir dans de tels propos, qu'une formalité visant à éclaircir un élément du discours d'A₄, ou simplement qu'une démarche visant une précision de l'aidée sur le thème immédiat de la discussion. Cependant, ici également, en pointant ainsi la parole de cette dernière, les trois intervenantes accentuent non seulement l'importance d'un thème, ce qui est de leur part une sélection thématique significative, mais elles reconnaissent aussi à la parole de l'aidée le pouvoir et la responsabilité de fournir de l'information dans le cours de l'entrevue, la complémentarité de leur rôle étant insinuée. Et l'accentuation d'un thème, quel qu'il soit, est effectivement un moyen de diriger la conversation sur des avenues jugées importantes par l'aidante pour les fins de la rencontre présente. Jusque là le modèle attendu de la relation d'aide semble s'appliquer.

Cependant, la complémentarité peut également se cristalliser dans un discours où la parole prononcée par A₄ est contestée par deux aidantes. Ici, le message sous-jacent est soit une contestation de la logique de l'aidée, soit une critique implicite de son jugement. La relation est donc empreinte d'un pouvoir d'évaluation actuel de l'intervenante sur un comportement antérieur de l'aidée, que sa réflexion verbale sur la parole de l'autre permet de médiatiser. I₃ émettra un tel jugement: « D'après ce que *tu m'as dit*, tu pensais que c'était bien pour eux, leur relation. Mais tu ne sais pas jusqu'où est allée leur relation »; ou encore: « Mais semble-t-il, d'après ce que *tu m'as dit*, tu penses que ça devrait passer. Ils devraient accepter leur relation parce que c'est ce que tu penses ». I₂ fait de même, en confrontant A₄ qui pense aller parler à son professeur: « Ton professeur, *tu as dit* qu'elle ne voulait pas s'en mêler », de même qu'elle évalue ouvertement A₄ en disant: « Non, mais il y a quand même une échelle ..., il faut quand même respecter, pas les autorités, comme *tu dis là*, mais quand même respecter un certain ordre ».

Il arrive que les aidantes offrent du support à A₄ et la guident sur la base de sa compétence à produire une parole pertinente. I₂ sympathise avec elle « ... Si tu l'as fait de la façon dont *tu m'as parlé...*, ça été très dur ». I₃, qui a suggéré à A₄ de faire participer son client à une rencontre, présente comme argument ceci: « Parce que s'il a toute sa tête, comme *tu m'as dit*, il pourra donner son point de vue ». I₁ dit: « Ben moi, je t'encourage à continuer ... parce que, bon, *tu m'as dit* que c'est un rêve ... Même découragée, *tu me dis* que tu es prête à continuer... C'est quand même quelque chose, ça! ». I₂ offre l'occasion à l'aidée de contester son interprétation de la situation, en parlant maintenant: « D'après moi, et *tu vas me corriger* si je ne suis pas exacte... ». La ponctuation de la parole de l'aidée permet aux aidantes de lier leur propre compétence à celle de l'aidée qui, par sa parole, accomplit une fonction essentielle dans la relation, celle de rapporter les vraies choses. D'ailleurs I₁, en reflétant: « *Comme tu me dis là*, t'es pas sûre, t'es plus sûre, là », cible l'ambivalence incapacitante de l'aidée et elle précisera: « ... dans n'importe quoi... il y a rien qui est facile... il va falloir que tu te surpasses ». Donc, sur la base de « *comme tu me dis là* », l'intervenante brise plus loin l'incertitude attribuée au propos de l'aidée, la guidant vers une action à prendre appuyée sur un principe à connotation macro-sociale.

A certains autres moments, la responsabilité finale de l'aidée durant l'entretien se fait par une référence à sa parole, Ainsi, I₂ spécifie: « Tu vois, tu as déjà pensé à faire quelque chose, c'est *toi-même qui viens de me le dire* », ou encore: « *Tu as dit* bon, peut-être devrais-je aller lui parler? C'est exactement ce que tu dois essayer ». Ici, l'intervenante

sanctionne la position de l'aïdée, octroyant à son propre rôle cette fonction. Une solution, ainsi supportée par l'intervenante, perd de sa neutralité d'influence, parce que liée à l'appui de l'aïdée.

Grosso modo, nos données sur l'utilisation du « tu dis » par les intervenantes indique implicitement aux aidées que ce sont elles-mêmes qui les émettent ces paroles, et que l'ordre du verbal est enregistré et valorisé par l'aidante, tant au niveau de sa crédibilité que de sa logique. Par ces références, l'intervenante fait de l'événement une situation d'engagement par la parole prononcée. Il ne s'agit pas ici de « dire la vérité », puisque les intervenantes savent pertinemment que les aidées improvisent sur un problème qui n'est pas le leur. Mais il s'agit bien de responsabilité face à ce qui est dit dans la dyade, c'est-à-dire, comme le propose Watzlawick (1984), non seulement dans un sens éthique, ni en raison de la responsabilité consciente face à des actions et des rêves, mais responsable des réalités créées, dans ce cas-ci, en produisant une parole.

D'ailleurs, cette démarche n'est pas unique à notre échantillon. En effet, Egan (1987) rapporte maints extraits réels de relation d'aide où l'intervenant se réfère à la parole de l'aïdée, dont voici quelques exemples: « ... tu dis que tu étais à la fois soulagée... », et « Quand tu parles de ta femme et de ce qu'elle fait... » (p. 124), ou encore (p. 187): « Mais si, comme tu le dis, son irritation semble tournée... ». Nous voyons ainsi que la référence à l'acte de parler des aidées n'est pas particulière à notre échantillon et qu'elle permet à nos trois intervenantes de ponctuer la conversation de façon à instruire ces dernières de l'importance de leurs propres paroles, celles-ci étant une sorte de pierre angulaire sur laquelle l'intervenante se base pour comprendre et fournir ensuite l'aide demandée. Cette forme de ponctuation cadre bien avec un modèle de la relation d'aide emprunté de la psychologie, puisque la cliente est ici située inéluctablement au coeur de l'entretien. Pourtant, cette reconnaissance du statut de locutrice s'éloigne de l'approche psychologique pure qui aurait exigée un reflet de la composante affective implicite dans les propos de l'aïdée. Le regard sur la parole prononcée ne semble pas refléter l'optique de Keller (1985), pour qui le langage est une fenêtre sur l'esprit humain, mais plutôt une vision d'un processus d'influence, surtout lorsqu'on regarde l'ensemble des propos échangés durant les entretiens, ce que nous étudierons dans le chapitre suivant.

La façon de faire des aidantes nous mène à relier l'événement immédiat à une réalité sociale où la production de parole sur le marché du travail auquel ont déjà été sensibilisées nos trois intervenantes est essentielle au fonctionnement institutionnel. L'art de parler est une habileté que doit maîtriser toute infirmière dans sa pratique quotidienne du soin infirmier, et les trois intervenantes de notre échantillon ont vécu des expériences dans de tels milieux durant leur formation. Les institutions de soins de santé, par la tenue méticuleuse des dossiers écrits, engagent la parole écrite par la signature de celle ou celui qui l'applique, point fortement contrôlé durant les stages de chaque étudiante. Le rapport verbal au début et à la fin du travail de l'infirmière est de première importance dans le fonctionnement de ces institutions. La responsabilisation par le « tu dis », plus ou moins implicite dans la relation d'aide analysée ici, devient une norme puissante dans le cadre du travail, chaque infirmière devant rapporter ses commentaires sur la condition des clients, leurs besoins en soins, et également les propos mêmes des clients. Les dossiers fourmillent de commentaires tels que: « le patient dit », clarifiant ainsi qu'il y a nette distinction entre le discours du patient et celui de l'infirmière. De la même façon, les intervenantes de notre étude s'appliquent à se distinguer de l'aidée durant les entrevues étudiées ici, en marquant leurs commentaires de propos sur ce que « tu dis ». D'ailleurs, la précision de l'origine de la parole écrite et parlée est évaluée avec rigueur dans les programmes de formation, où la véracité factuelle des observations que l'étudiante se doit de communiquer est évaluée pour éviter toute ambiguïté et relativité, la maîtrise de ces deux facteurs étant pourtant essentielle à l'établissement d'une relation d'aide d'inspiration humaniste. Il semblerait qu'en effet certains aspects de la formation, qui n'ont rien à voir strictement avec l'apprentissage d'habiletés de la relation d'aide, puissent tout de même déterminer des aspects de son développement.

Il faut également noter que les intervenantes n'ont fait aucune distinction évidente face aux caractéristiques ethniques des participantes en relation avec cette responsabilisation. Et toutes trois, indépendamment de leurs propres particularités ethno-culturelles, ont reflété la parole de l'aidée. Elles n'ont donc pas trouvé pertinent de s'enquérir sur le sens personnel de cet engagement. Elles prennent pour acquis que toute aidée acceptera cette convention, sans se poser de questions, comme si cela était évident en soi. En cela, elles renforcent une convention institutionnelle en rapport avec la responsabilité instrumentale de chaque locuteur face à sa propre parole, en laissant dans l'ombre les différences au niveau des valeurs culturelles. Ce qui nous porte à croire que cette responsabilisation du locuteur envers ce qui sort de sa bouche ne se limite pas aux

paradigmes de la société nord-américaine d'origine européenne. Par exemple, les conclusions de Nwoye (1985), qui compare le soin que mettent les Igbo à cultiver l'art de la parole à celui tout aussi important qui consiste à garder, dans certaines situations, un silence éloquent, pas plus que celles de Lehtonen et Sajavaara (1985) rapportant que les Finlandais attribuent à la parole un tel pouvoir, que son expression se doit d'être sérieusement censurée, valorisant ainsi l'image macro-sociale du sage comme étant surtout un être de silence, tend à montrer qu'en produisant de la parole, un locuteur s'expose à l'autre. Le fait que les aidées aient poursuivi leurs entrevues sans contester cette responsabilisation par leur parole ne peut être interprété comme preuve de leur acceptation de cette règle du jeu, étant donné que leur participation est ici liée au jeu de rôle, mais bien comme un signe de l'impossibilité de jouer leur rôle sans s'y plier. Mais ceci nous amène tout de même à réfléchir sur le taux important d'abandon de traitement des clients en relations thérapeutiques inter-raciales noté par Vontress (1976). Car l'invitation à la responsabilisation individuelle par la valorisation explicite du statut de locuteur peut contribuer à créer une situation où le refus de ce statut se traduit par un tel abandon.

Un autre axe d'analyse nous amène à regarder la distinction des rôles qui se concrétise par la référence de l'intervenante à la production de la parole par l'aidée. Nous notons que la première se distingue de la deuxième, en lui communiquant que c'est « ta » parole qui importe ici, « ma » propre parole étant de te référer, par mon « tu dis », à la tienne. Donc, par les « tu dis », l'intervenante instruit l'aidée sur son auto-responsabilité quant à ce qu'elle dit et elle lui signifie qu'elle trouve approprié pour la circonstance de lui attribuer cette responsabilité. Et ce faisant, elle exprime son autorité à le faire. Leur interrelation est donc, par le poids de cette référence, un lieu d'échanges complémentaires que co-activent intervenantes et aidées dans la présente situation, un rôle d'ascendance voilée de l'intervenante sur l'aidée, rendue possible par la collaboration de l'aidée. Le « tu dis » est un style convenant à une représentation de l'entretien d'aide et des relations unissant les participants respectifs que transmet l'intervenante à l'aidée, en même temps qu'il représente un acte de socialisation implicite de l'aidée à la situation immédiate. D'ailleurs d'autres situations, telles que les entrevues des journalistes avec leurs interlocuteurs se prêtent fort bien à de telles références au « vous disiez », des interviewés. Ce qui nous amène à penser que certaines situations, aux fins différentes, pourraient être particulièrement propices à l'émission de ce genre de remarques par certains locuteurs, et qu'elles pourraient avoir en commun la pré-supposition d'engagement et de responsabilité d'un participant envers ses paroles. En actualisant les rôles complémentaires d'aidante-

aidée, les participantes restent en étroite relation, tout en se distinguant au niveau de leurs fonctions, et simplement en regardant quelques transcriptions, un lecteur est vite renseigné sur qui, dans l'entrevue, parle comme une aidante et qui parle comme une aidée. Nous pensons que la focalisation de la production de parole par l'aidée est un moyen dont dispose l'aidante pour caractériser les rôles et diriger l'événement vers les fins qu'elle lui attribue. Nous avons remarqué que nos intervenantes, en ciblant le « tu dis », situent davantage la relation dans le pôle complémentaire que dans le pôle symétrique. Peut-être leur statut inégal par rapport à celui des aidées moins formées qu'elles-mêmes détermine-t-il l'ascendant qu'elles manifestent; peut-être s'agit-il plutôt de leur représentation de l'événement de relation d'aide qui suscite une telle stratégie.

Par analogie, la culture institutionnelle à laquelle les intervenantes de notre étude sont initiées depuis trois ans est elle-même fortement marquée par l'importance de la parole. Dans un tel contexte institutionnel dont la fonction est de soigner une clientèle, les infirmières entre elles établissent des relations de similarité et de complémentarité par le biais de leurs paroles respectives. Similarité, car dans sa structure fonctionnelle, un rapport écrit ou verbal répond à la culture particulière de l'institution, chaque participante articulant plus ou moins fidèlement son discours selon un modèle standardisé implicitement ou formellement accepté, ce qui a pour effet de réduire les différences jugées indésirables entre les acteurs sociaux. Elle a donc la responsabilité professionnelle de formuler sa parole pour être comprise par l'autre professionnelle. Mais montrant également la nature complémentaire de ces relations, une infirmière affiche sa différence par les particularités de la clientèle qui lui est confiée, par ses attributs personnels, sa compétence langagière ainsi que par l'établissement d'une relation hiérarchique avec les infirmières de niveaux administratifs qui ont le pouvoir de questionner la pertinence, la logique ou le réalisme de ses propos, accentuant ainsi sa responsabilité professionnelle. La responsabilité octroyée à la parole de l'infirmière se confirme également au sein de la relation avec le médecin, ou d'un autre professionnel avec qui elle entretient également de telles relations de similarité et de complémentarité. L'infirmière engage sa compétence lorsqu'elle fournit un rapport verbal ou écrit sur l'état des clients en émettant des paroles jugées nécessaires et complémentaires à leurs tâches respectives. Les associations professionnelles d'infirmières chargées de protéger le public renforcent également la notion de responsabilité lorsqu'elles évaluent la déontologie d'actes infirmiers sur la base des paroles que certaines infirmières adressent à leurs patients; elles peuvent se retrouver devant une pénalité professionnelle ou un retrait du droit de pratique pour avoir parlé durement à un client ou de façon erronée

durant leur travail. La responsabilité que la société accorde aux locuteurs envers leur parole semble être suffisamment renforcée pour constituer un idéal de conduite verbale et les relations inter-personnelles qui s'y greffent amènent les participants à se situer les uns par rapport aux autres quant à leur responsabilité face à leur langage. Et nous croyons légitime de penser que ce processus s'actualise dans l'interaction de nos intervenantes. Le droit de regard que s'attribuent les aidantes sur la parole des aidées durant la relation d'aide reproduit les lignes d'échanges retrouvées dans des contextes extérieurs où une hiérarchie existe quant au poids de cette parole.

En pointant ainsi la production de parole de l'aidée, en ciblant le « tu dis », l'aidante accomplit des tâches dont nous avons expliqué les caractéristiques plus haut. Mais leur sens implicite n'est pas soulevé directement par ces tâches. Ce qui suggère une réflexion sur la fonction métacommunicationnelle de ces références. La langue, selon Bourdieu (1982), sert d'objet de représentations mentales et objectales, c'est-à-dire d'actes à la fois d'investissement des intérêts et présupposés, et de stratégies d'influence sur les représentations mentales des autres, donc sur les significations d'événements. Nous avons défini la métacommunication comme étant un message sur comment se représenter une situation, donc le sens à donner à un message. Il nous semble donc que les intervenantes de notre étude métacommuniquent pour renseigner les aidées sur les significations de l'événement de parole en cours. Il s'agit de la charnière qui fait balancer une phrase particulière sur des versants implicites de significations. La responsabilisation des aidées par la référence à leur production de parole et la distinction simultanée des rôles par ce même moyen se comprennent avant tout à un niveau métacommunicationnel, ce qui est en fait au niveau du non dit. Le message explicite et le message implicite passent donc par les mêmes mots. Pour lire les deux messages, et maintenir leur interaction, il nous semble essentiel que les participantes aient une notion suffisamment partagée de la situation actuelle pour pouvoir intégrer ce chevauchement dans leurs schèmes de représentation de cet événement. Ce qui nous rapproche de l'opinion de Watzlawick (1972, p.102) qui voit « ... dans le rite un processus intermédiaire entre communication analogique et communication digitale », dont nous nous sommes déjà entretenue. Il nous semble que la relation d'aide actualisée par les intervenantes possède cette caractéristique rituelle où le matériel analogique, donc le sens de la communication, se transpose au niveau symbolique ou digital de la communication, donc au niveau de la syntaxe, et que la référence à la production de la parole est une façon comme une autre d'opérer cette transposition.

Toutefois, un certain partage de sens est essentiel pour que la métacommunication soit un compromis valable entre le sens sémantique et le sens symbolique des messages. Le discours sur la non-directivité accepté par les théoriciens modernes de la relation d'aide et du counseling et qui s'inscrit dans une école de pensée autonomiste axée sur des relations de partenariat illustre bien ceci. Confrontés à la réalité pragmatique des entretiens, où les clients ont parfois du mal à comprendre le rôle de quelqu'un qui ne les dirige pas, les intervenants doivent constamment métacommuniquer sur la nécessité de prise en charge de l'aidé, assumant ainsi, et peut-être sans le vouloir, une position de pouvoir sur l'aidé par le refus implicite de sa dépendance. Là aussi l'intervenant impose à des fins pragmatiques un sens à la relation d'aide tout en favorisant le partenariat, jugé essentiel. Une telle relation pourrait vite devenir impossible sans l'aide de la métacommunication qui permet de réunir les significations du code linguistique à celle du sens réel des relations interpersonnelles par l'entremise du focus sur la production de la parole.

Finalement, nous insistons sur la nature intrinsèquement complexe des relations interpersonnelles. Les messages par le « tu dis » s'inscrivent de front dans la grande complexité du comportement parolier. La responsabilisation de l'aidée, l'attribution des rôles et la métacommunication des significations accomplies par la référence que font spontanément, sinon machinalement, les intervenantes de notre étude à la production de parole des aidées, nous amènent à considérer l'événement de parole qu'est la relation d'aide comme difficilement dissociable des contextes institutionnels soulevés par les histoires des aidées qui sont constamment ramenés dans la réalité de l'événement, et qui actualisent des boucles de communication circulaires, où il devient difficile d'isoler les événements déterminants du discours. Nos intervenantes se sont montrées habiles à faire coexister les niveaux situationnels avec les niveaux contextuels, bien que cette communication déroge des principes plus psychologiques de la relation d'aide. Leur représentation des entretiens prend la forme d'une trame fortement socialisée que leur intérêt pour la parole des aidées ainsi que pour la leur, comme nous l'avons vu, semble médiatiser.

4.2.3 Références à la production conjointe de parole: « nous disons »³

Les trois intervenantes ont marqué la relation actuelle comme étant un lieu où la parole se produit conjointement par elle-même et l'aidée. Au nombre de neuf (n=9), ces remarques ont été formulées par l'usage du « on » comme synonyme de « nous » (tableau VII), et uniquement par I₂ comme un commentaire à un locuteur indéfini où le « nous » semblait sous-entendu. Étant donné le faible taux de celles-ci, nous hésitons à émettre toute interprétation systématique de ces quelques données, si ce n'est que pour souligner, justement, leur rareté.

TABLEAU VII FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES À « NOUS DISONS »

INTER VENANTE	AIDÉE				
	A1	A2	A3	A4	TOTAL
I1	5	0	0	0	5
I2	0	1	1	1	3
I3	1	0	0	0	1
TOTAL	6	1	1	1	9

En fait, une seule mention accentue explicitement la nature égalitaire des entretiens: « Ben, assis-toi-là, *on va discuter.* » (I₁A₁), à laquelle le « on » fait en principe référence, ce qui en soi laisse envisager une relation égalitaire entre les locutrices. En regardant cependant de plus près les quelques autres références à « notre » parole, nous nous sommes finalement demandé quelle était leur utilité au sein de la dyade? Ainsi: « J'aimerais *ça qu'on parle*, parce que tu m'as dit que tu manges pas... » permet en fait à I₁ de guider

³ Nous choisissons d'intituler cette section par l'emploi du "nous" plutôt que du "on", ce qui respecte la valeur sémantique des propos des aidantes. Ceci nous permet aussi de rendre compte du style de I₂ qui fait référence à un locuteur indéfini, alors que le "nous" disons reste sur le plan d'un sous-entendu.

A₁ sur un sujet important, la détérioration de sa santé physique, pour lui indiquer qu'elle ne peut plus s'occuper de sa mère. I₃ en précisant à A₁: « C'est comme *on a dit*. », conclut moins à une complicité entre elle et l'aidée qu'à une accentuation de ses conseils antérieurs pour influencer l'aidée, diluant de ce fait sa propre direction. I₁ accomplit sensiblement la même chose, alors qu'elle se corrige rapidement pour mettre le focus au niveau de la parole conjointe dans la phrase suivante: « je va..., je..., *on va reprendre* un petit peu qu'est-ce *qu'on a dit*. Si tu allais avec ta mère... », reprenant les conseils donnés auparavant. En situant ainsi la dyade au niveau du « on/nous », la part active qu'ont joué ces deux intervenantes en suggérant à l'aidée certaines solutions s'estompe, et l'impression qui se dégage est que les locutrices ont exercé une égale influence dans le plan d'action et dans le processus interactif. Peut-être qu'une tentative implicite pour octroyer à A₁ une part plus importante dans l'interaction s'accomplit-elle lorsque I₁ lui dit: « ... *on a parlé* de beaucoup de choses... Est-ce que tu te sens confortable avec qu'est-ce *qu'on a parlé*?. Mais la série de commentaires par lesquels l'intervenante dirige l'aidée vers les ressources pouvant l'aider avec sa mère (que nous avons rapportées dans les sections précédentes) laissent le sens réel de la remarque quelque peu confus.

Trois références d'I₂ s'articulent autour de « disons », dans le sens de « admettons, toi et moi, que cela soit... ». Dans chacune, l'aidante semble émettre une hypothèse « *Disons* que toi, tu as un problème avec, ou que tu veux suggérer quelque chose... » (A₄), ou: « *disons* qu'un patient en arrive à vouloir mourir... » (A₃), et: « *Disons* que tu te rappelles... que tu as oublié ta pilule. » (A₂). Nous convenons qu'il ne s'agit pas à strictement parler de références à la production de parole comme telle. Mais il ne s'agit pas vraiment non plus d'une émission d'hypothèses, car les suppositions marquent en fait des événements rapportés par les aidées. Nous pensons qu'ici « disons » se rapproche davantage d'une stratégie mise de l'avant par cette aidante pour marquer implicitement son propre rôle d'aidante et récupérer en même temps la contribution de l'aidée, sous le couvert de l'hypothétique jumelé à l'ordre plus concret du verbal. Bien qu'imprécis, son rôle se confirme par sa ponctuation d'événements jugés importants à l'actualisation de celui-ci. L'aidante se présente comme étant parvenue à les cerner et elle les propose à l'examen des aidées pour les influencer dans ce qu'il faut faire.

Nous émettons ici l'hypothèse que les conditions nécessaires au marquage des rôles de collègues ou de partenaires pour nommer l'aidée et l'aidante durant de telles entrevues sont ici quasi-absentes. Nous pensons plutôt que la référence à la parole que « nous »

produisons reste rare du fait qu'elle ne contribue pas à la distinction des rôles et fonctions de l'aidée et de l'aidante. Les directives demandant aux sujets de l'étude de se comporter comme des infirmières autorisées en relation d'aide ont pu influencer leur recours plus que modeste à de telles références. Si c'est le cas, l'image que les aidantes se font de leur rôle semble les guider vers une distinction complémentaire des fonctions plutôt que vers leur identité. Comme c'est le propre de la culture que de faciliter le mouvement des acteurs sociaux sans qu'ils aient nécessairement à s'expliquer mutuellement ce qu'ils font, nous croyons que l'événement en cours est interprété par les aidantes comme impliquant, en principe, cette distinction.

4.2.4 Les références à la production impersonnelle de la parole

Cette dernière catégorie ne regroupe que deux ($n = 2$) références à la production de la parole prononcées par une seule intervenante, I₂, ainsi que le reproduit le tableau VIII. Il s'agit ici plutôt d'une particularité ayant attiré notre attention en raison des fonctions discursives qu'elle accomplit. Bien que tout à fait négligeable statistiquement dans notre corpus, nous nous y sommes penché à titre purement exploratoire.

TABLEAU VIII FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES À UN LOCUTEUR INDÉFINI

INTER- VENANTE	AIDÉE				
	A1	A2	A3	A4	TOTAL
I1	0	0	0	0	0
I2	0	1	1	0	2
I3	0	0	0	0	0
TOTAL	0	1	1	0	2

Nous avons éliminé d'emblée de notre corpus de données six références qui, bien que soulignant la production de la parole, sont en fait des marqueurs discursifs sans fonction pragmatique nette durant l'entretien, ainsi que nous l'avons remarqué dans une section antérieure.

Deux propos seulement à l'intention de A₂ nous apparaissent comme étant typiquement une référence à la production de la parole. La première vise à lui donner un enseignement didactique en énonçant une sorte de précepte macro-social: « Le problème reste là quand *on essaie de ne pas en parler* ». La deuxième référence, plutôt une argumentation, lui permet de contester une représentation que A₃ semble avoir de son rôle de stagiaire: « Donc, tu penses que ton rôle est... d'amener la personne, eh, à vivre... pis à paraître normale, *comme on dit* ». Les relations qui s'établissent ainsi sont linéaires, l'intervenante transmettant certaines valeurs où la sagesse macro-sociale se trouve concrétisée dans la situation.

CHAPITRE V

LA RÉFÉRENCE À LA PRODUCTION DE LA PAROLE: SIGNALISATION DE CONTEXTES EXTÉRIEURS À LA SITUATION DE LA RELATION D'AIDE

Comme nous venons de le souligner, les références à la production de la parole durant la relation d'aide permettent aux aidantes de notre étude de vérifier certaines de leurs représentations de l'événement en cours et des relations interpersonnelles s'y articulant. Mais nos données mettent également en évidence des contextes extérieurs aux dyades, signalés aussi par le recours aux références à la production de la parole. Le traitement de nos données nous a permis de dégager trois contextes entourant la situation face à face immédiate: celui du problème ayant occasionné la demande d'aide de la part de l'aidée; celui de la solution du problème de l'aidée; celui de la tenue d'une situation de relation d'aide ultérieure. Ces trois contextes réunis ont été signalés à trois cent quarante-sept reprises ($n = 347$), c'est-à-dire plus du double des références renvoyant au contexte immédiat de l'interaction.

L'insertion répétée de ces références dans la dyade éclaire le fil temporel reliant la situation présente aux événements passés et futurs, la production de la parole étant l'activité essentielle dans chacune de ces sphères. Le passé y est investigué en fonction de la parole qui y a été produite, le problème de l'aidée étant relié à cette parole. Le futur est évoqué dans les allusions à la parole qu'il faudra produire pour solutionner le problème ainsi que dans l'invitation à une prochaine rencontre. Par leurs propos sur la production de parole, les intervenantes semblent se représenter la relation d'aide comme un lieu inscrit dans la continuité du monde social plutôt que comme un lieu tourné sur les besoins individuels et le développement de la connaissance de soi.

5.1 La parole produite dans l'histoire problématique de l'aidée

Les aidantes réalisent effectivement de telles références à la production de la parole accomplie par les aidées ($n = 90$) et leur environnement social ($n = 49$) dans le cadre de

l'histoire problématique antérieure à la situation face à face actuelle. Comme nous le verrons, les aidantes ciblent systématiquement la parole ayant été produite, ou qui aurait pu l'être, durant les événements narrés par les aidées. La plupart des références sont au passé, renforçant leur encadrement extérieur. Les explorations et mentions de ces faits de parole par l'aidante durant l'entrevue lient l'émergence des problèmes des aidées à des actes sociaux et relationnels générés par des faits paroliers. La situation immédiate semble être ici une plaque tournante où se mélangent intimement les contextes présents et passés.

5.1.1 Les références à la parole produite par l'aidée

Retrouvées à quatre-vingt dix (n = 90) reprises, ces références marquent l'importance pragmatique du comportement parolier de l'aidée durant l'événement qui a occasionné sa requête d'aide (tableau IX).

TABLEAU IX FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES À LA PAROLE DE L'AIDÉE
DANS LE CONTEXTE DE SON HISTOIRE PROBLÉMATIQUE

INTER- VENANTE	AIDÉE				TOTAL
	A1	A2	A3	A4	
I1	5	1	10	6	22
I2	4	3	5	24	36
I3	6	5	12	9	32
TOTAL	15	9	27	39	90

Notons tout de suite que nous avons été très rapidement confrontée au chevauchement noté entre l'exploration des intervenantes de la parole engendrée dans le cours de l'histoire de l'aidée et leur allusion à des stratégies sur l'art de parler dans le cadre de cet événement. Plusieurs des commentaires qui renvoyaient à ce qu'a dit l'aidée, à qui elle l'a dit et de quelle façon elle l'a dit, étaient également porteurs d'une

métacommunication subtile sur comment l'activité de parole aurait pu ou dû se produire dans la dite circonstance. C'est comme si l'exploration d'un thème accomplissait plusieurs fonctions simultanément, par la simple apposition de la référence à la parole. Par leurs références, les intervenantes associent concrètement cette parole aux relations complexes des acteurs dans les contextes signalés. Elles s'octroient ainsi une fonction d'interprète appréciatrice de ces contextes antérieurs à la situation de relation d'aide. Et ceux-ci sont ramenés dans le présent situationnel pour servir de toile de fond à la solution du problème qui caractérise le but des entretiens.

Bien qu'un manque de symétrie apparaisse dans les données du tableau précédent, nous avons tout de même noté que les références à la parole reliées aux histoires de A₃ et A₄ sont au-delà de deux fois et demie plus fréquentes que celles prononcées auprès de A₁ et A₂. La trame des quatre scénarios supportant l'histoire problématique définissait des contextes particuliers. Ainsi, les histoires rapportées par A₃ et A₄ situent le problème dans le premier cas au sein de la dyade de l'étudiante-infirmière et de sa cliente durant un stage et dans le deuxième, à la structure institutionnelle en place là où l'étudiante est en stage. Les scénarios amenés par A₁ et A₂ se situent dans la sphère familiale et de couple. Il se pourrait que la nature des histoires ait incité les aidantes à cibler le contexte du stage clinique plus souvent que les circonstances personnelles, en raison de leur propre statut d'étudiante, ce qui leur permet de mettre davantage leur expertise en lumière. Nous commençons notre analyse en rapportant les références prononcées les plus fréquemment, soit celles qui se rapportent à l'histoire de A₄ dans le contexte institutionnel et ensuite celles entourant la relation de A₃ avec une cliente. Nous regrouperons ensuite les références aux contextes familial et de couple liées aux histoires de A₁ et A₂.

5.1.1.1 Le contexte institutionnel

Les références des aidantes à la parole prononcée par A₄ opposent explicitement le statut de cette dernière à celui des personnes évoluant dans le contexte institutionnel où elle a eu des problèmes. Son inexpérience est dénoncée par référence à la parole qu'elle y a produite ou qu'elle aurait pu y produire. Le fait que les trois intervenantes de notre étude soient en réalité des étudiantes-infirmières ayant elles-mêmes accumulé de l'expérience à titre de stagiaires donne à leur intervention une authenticité qui s'incruste dans l'activité du

jeu en cours. Il s'effectue un doublage intime entre le rôle de l'aidante et celui de l'experte éduquant la novice aux réalités institutionnelles. Cette superposition des rôles permet de concevoir la relation d'aide comme un lieu d'apprentissage social. L'information globale minore le statut de l'étudiante en stage, consacrant sa position au bas de l'échelon dans la hiérarchie des activités infirmières. Ceci se rattache probablement à la représentation que se font les aidantes de la vie étudiante, construite à partir de leur propre expérience.

Pour aider A₄, les I₁, I₂ et I₃ semblent s'entendre pour cibler son manquement au code régissant le flot des activités langagières qui se sont déroulées dans le département où elle est en stage. La première, lorsqu'elle dit : « Eh, à l'hôpital, peut-être que *tu aurais dû* aller voir l'infirmière qui s'occupe de toi en stage puis *en parler* à elle avant, *ou* peut-être *parler* à une des infirmières qui travaillent sur le plancher, qui connaît bien les patients », ainsi que I₂ en émettant ces commentaires: « *Es-tu* simplement *allée lui annoncer*, eh ... la nouvelle? »; « *Tu n'as pas parlé* à ton professeur avant *d'aller parler* à l'infirmière en chef ? », et: « ... tu avais plusieurs gens avant *d'aller parler* à l'infirmière en chef, et finalement I₃ en disant: « ... *tu n'as pas discuté* avec l'infirmière pourquoi elle ne voulait pas? », propos qui insinuent que l'aidée a manqué de savoir-faire en ne parlant pas à la bonne personne en premier. Dans les faits, elles instruisent l'aidée sur la façon de fonctionner quand on est étudiante, donc sans expérience ni statut, ainsi que sur la hiérarchie à respecter dans la production de la parole à l'hôpital. D'ailleurs, afin que A₄ puisse mieux saisir l'importance de cette hiérarchie, I₁ la compare métaphoriquement à celle existant dans un contexte que toutes deux connaissent bien, celui de l'École des sciences infirmières, où certains professeurs, précise-t-elle, ont pour fonction de l'aider en cas de pépins, alors que d'autres à qui il ne convient pas de parler occupent des postes d'autorité. Ainsi, I₁ dira-t-elle: « Comme *tu vas pas* peut-être directement à la doyenne *dire* que le programme y a pas d'allure » (A₄).

Certaines autres références sont des essais pour savoir si l'aidée a effectivement parlé à la personne centrale dans son problème, c'est-à-dire l'infirmière-chef du département où elle est en stage. Chaque aidante a ainsi demandé à A₄ si elle avait parlé à l'infirmière-chef avec qui il y a eu le conflit, ce qui souligne le statut incontournable de cette personne qui peut refuser l'accès de l'étudiante à son milieu clinique. I₂ insiste: « Est-ce que tu as pris le temps de lui *raconter* tout? ». La fonction socialisante de la référence qui sanctionne l'importance accordée par A₄ à cette infirmière-cadre, sert d'acquiescement sur la gravité de la situation pour l'étudiante.

Mais à ce statut de l'infirmière-chef, figure d'autorité dans son département, les trois aidantes contrastent une ressource venant de l'École, la professeure clinique, responsable de l'évaluation de l'étudiante et qui a ou aurait eu le pouvoir réel de venir en aide à A₄, si seulement elle lui avait parlé. « Est-ce que *tu as essayé d'aller parler* à ton professeure? » (I₁); « *Tu n'as pas parlé* à ton prof. avant de *parler*, eh, avec l'infirmière? » (I₂); « Est-ce que *tu as discuté* avec le prof. de tout ça? » (I₃). Leur remarque inscrit la professeure dans une position d'alliée de l'aidée, la seule pouvant contrecarrer le pouvoir de l'infirmière-chef: il faut donc lui parler. À la rigueur, I₃ suggère même à l'aidée d'aller plus haut dans la hiérarchie universitaire, montrant par le fait même l'importance à ses yeux du pouvoir détenu par l'infirmière-chef: « Mais *as-tu parlé* au doyen, à l'université? *As-tu écrit* une lettre, ou quelque chose comme ça? ». L'intervenante instruit ainsi l'aidée à reconnaître ses alliées. Le fonctionnement d'un département d'hôpital s'appuie sur un ordre établi. I₂ en instruit A₄, en relevant le contexte de sa parole: « Quand *tu veux faire des suggestions*, il faut respecter un certain ordre. », et: « L'infirmière doit *être avertie* de tout ce qui se passe, incluant une suggestion, aussi bonne soit-elle. ». Le tu indéfini et la structure passive mettent en évidence le caractère général des règles hiérarchiques.

D'autres références laissent entendre que la stagiaire occupe finalement le bas de l'échelle et qu'elle se doit d'agir avec doigté durant son apprentissage. Trois de celles-ci portent un jugement voilé sur l'initiative de A₄ qui a pris l'initiative de parler à son patient durant le stage. Par exemple I₃ disant: « Tu pensais que c'était bien, puis *tu n'as pas discuté*, qu'est-ce que tu penses », blâme subtilement l'aidée de ne pas avoir discuté avec les autres, et de s'être fiée « juste » à son idée, sans tenir compte de l'opinion des autres qui sont plus expérimentées et qui ont une autre version des événements. Le message métacommuniqué la croyance qu'une personne ne possède pas toute l'information, et qu'elle peut se tromper si elle ne se fie qu'à elle-même. Elle met donc en garde l'étudiante d'une trop grande individualité, l'instruisant ainsi sur la nécessité de parler à ses semblables pour apprendre à fonctionner adéquatement sur l'étage où elle est en stage. I₂ accomplit une tâche semblable en disant: « *As-tu parlé* avec les autres? » et: « Es-tu encore convaincue que tu as pris la bonne décision d'aller *parler* à Monsieur par toi-même », ainsi que par : « ...*Tu peux pas aller suggérer* des choses... », insinuant sans consulter. La parole prononcée sans suivre le plan établi dans l'institution est découragée, parce que la novice, justement à cause de son inexpérience, peut non seulement commettre des gaffes, mais déstabiliser l'ordre établi par une parole mal placée. Par métacommunication, il se fait donc

une certaine mise en garde contre l'initiative spontanée qui ignore les codes de conduite acceptés dans les milieux que fréquentent les aidées.

I₂ met une emphase particulière sur la transmission de cette représentation à A₄, ce qui donne à sa critique une pointe d'argumentation et de direction vers une conduite donnée. Elle l'invite donc à se calmer et lui remémore ce qu'elle a appris à l'École : « ... quand tu as des problèmes avec un patient, *il faut parler* à l'infirmière qui est responsable de ce patient-là. », accentuant l'erreur de l'aidée de s'être directement adressée à l'infirmière-chef. Déjà, elle avait cherché à savoir si A₄ avait parlé à l'infirmière responsable du patient: « Est-ce que *tu as parlé* avec l'infirmière qui était responsable de ce patient? », c'est-à-dire celle qui occupe un statut moins élevé que l'infirmière-chef mais qui représente la première ligne institutionnelle avec laquelle interagir avant de s'adresser à l'infirmière-chef entre les mains de qui se concentre le plus grand pouvoir sur un département, y compris celui de nuire à une étudiante trop zélée. A₄ proclamant qu'elle n'avait pas de problème avec son patient, I₂ réajuste quelque peu son tir pour accentuer à nouveau l'importance de respecter la hiérarchie: « Il y a quand même une échelle. ... quand *tu veux faire des suggestions...* » ainsi que: « Les étudiantes, c'est toujours le prof. qui s'occupe d'elles... », en atténuant toutefois sa critique: « ... l'infirmière de ton patient doit *être avertie* de tout ce qui se passe, incluant une suggestion aussi bonne soit-elle », cité précédemment. Même si cette séquence entre I₂ et A₄ tient de l'argumentation sur la parole prononcée par l'aidée, le message sous-jacent est qu'il faut suivre un ordre pour la produire adéquatement et que dans un milieu formel, cette hiérarchie a le pouvoir de déterminer les relations interpersonnelles s'établissant par son action. Le statut quo est ainsi protégé et renforcé simultanément dans de tels commentaires.

I₂ a particulièrement ciblé la production de parole de l'aidée comme ayant pu lui causer ombrage. I₂ admet que A₄ a sévèrement été réprimandée par l'infirmière-chef en parlant à son client : « si *tu l'as fait* de la façon dont tu m'as parlé, ça été très dur », rendant toutefois conditionnelle son interprétation à une façon acceptable de parler. Elle désire cependant rassurer l'aidée à ce sujet: « ... il ne l'a *pas su* de toi non plus. ». Il y a un message sous-jacent que la parole peut faire de la locutrice une victime dans l'interaction avec une personne plus puissante qu'elle. En se positionnant du côté de l'aidée, les intervenantes établissent une alliance avec elle, une alliée sans grand pouvoir face à l'infirmière-chef dont le discours d'exclusion, lui, pèse lourd dans la balance. D'ailleurs le poids de la parole de l'aidée paraît quasi inexistant dans la remarque d'I₃ : « ... tu pourrais

expliquer le fait que l'infirmière ne veut rien entendre de toi », car pointer une parole que quelqu'un d'important a le pouvoir de ne pas entendre, équivaut à cerner l'écart existant entre A₄ et l'infirmière-chef. D'ailleurs, I₁ relève elle aussi la difficulté psychologique vécue par l'aidée par: « C'est difficile, hein, de ne pas *être* crue puis *entendue*. », confirmant que sa voix a finalement peu d'impact sur l'infirmière-chef. Les trois aidantes partagent ainsi leur connaissance du milieu institutionnel qui confère statuts et pouvoirs en se référant à la parole qui s'y produit, et à son statut dans les activités humaines, selon qui la prononce ou qui la reçoit.

I₂ en cerne directement le coeur, lorsqu'elle dit: « ...*tu lui as parlé*, et ça été quoi, la conséquence », accentuant une image de cause et d'effet d'une parole inopportune. L'effet étant ici d'avoir mis l'étudiante en conflit avoué avec l'infirmière-chef. Autour de ce climat établi par la parole, l'aidante cherche à mieux comprendre les nuances de cette parole, pour y noter que l'aidée n'est pas proprement à blâmer: « donc, *il ne l'a pas su* de toi », ou encore: « Mais *tu lui avais pas dit* que c'était pour ça qu'il était enlevé de là ». Mais, en dépit du support manifesté, le message reste que la parole qui prime, finalement, c'est celle de l'infirmière-chef: « ... c'est quand même l'infirmière-chef! ».

5.1.1.2 La dyade infirmière-cliente

C'est la nature du rôle que l'aidée remplit en interaction avec les patients qui est ici l'objet des commentaires des intervenantes. Dans un premier temps, la parole de A₃ envers sa cliente est ciblée comme devant être produite: « Est-ce que *tu lui as demandé?* » (I₁); « Qu'est-ce que tu as essayé, *en parlant* avec elle? (I₂); « Est-ce que tu as *essayé de voir* qu'est-ce qui se passe? » (I₂); « Lui *as-tu expliqué* ça? » (I₃); Tu lui en *as parlé?* » (I₃); « Tu as essayé de lui(sic)... faire... *parler?* » (I₃); « Combien de fois as-tu essayé de...(*lui parler?*)? » (I₃). Ces références répétées à la production de la parole de A₃ servent à montrer à celle-ci que son rôle s'accomplit dans la parole. Les intervenantes lient la qualité du soin donné à cette faculté langagière.

Mais cette parole lui mérite une critique voilée de la part de deux intervenantes. I₃ reproche à A₃ de ne pas bien comprendre sa patiente: « ... *tu lui as dit* « qu'est-ce qui ne va pas? ». Tu voudrais qu'elle te réponde tout de suite! », ainsi que par: « ...mais comment tu

comprends la patiente dans tout ça ... puis qu'elle doit accepter tout ce que l'infirmière lui *disait* ». I₂ fait sensiblement de même lorsqu'elle s'adresse à A₃ par: « Es-tu convaincue que s'est toujours important pour elle quand *tu...* quand on lui *parle* de se garder en vie? ». Ici, les aidantes instruisent implicitement l'aidée sur un principe central en sciences infirmières, non suivi par A₃, qui est le respect du rythme et du point de vue des clients. Donc, éviter de faire ceci équivaut à ne pas bien jouer son rôle. Le respect entériné de ce principe est intéressant, ici, en ce que les deux mêmes aidantes, on s'en souviendra, n'avaient pas jugé utile de supporter explicitement A₄, qui a été réprimandée pour s'être justement préoccupée de son client. Sans toutefois désapprouver, I₁ note également que A₃ a une difficulté de communication avec sa cliente par: « ... puis que tu avais de la misère à *entrer en contact* avec (elle) ». Encore ici, l'histoire de A₃ fait résonner le construit d'une norme professionnelle insérée dans certains discours alors qu'il ne l'est pas dans d'autres. Le contexte du fonctionnement institutionnel auquel renvoient les références à la parole de A₄ semble avoir préséance sur le contexte de la relation infirmière-client qu'illustrent les références à la parole d'A₃. Finalement, les intervenantes renseignent l'aidée sur l'écoute qu'elle devrait accorder à sa cliente durant sa relation d'aide, (alors qu'elles éprouvent elles-même une certaine difficulté à appliquer ceci au sein de leur propre relation d'aide avec l'aidée).

Certaines autres références ont été formulées en relation avec la causalité et la fréquence des actes de parole produits. Par exemple, I₂ et I₃ demandent respectivement à A₃ si elle a cru bon de demander à sa cliente la raison de son changement de comportement. En plus de s'attarder sur le pourquoi, les deux intervenantes réitèrent encore une fois que l'information devrait venir de la cliente elle-même, source première des informations, alléguant que produire de la parole pour savoir le pourquoi d'une chose est un comportement valable pour l'étudiante. En demandant à A₃: « Combien de fois *as-tu essayé* de lui... *parler*? », I₃ souligne que la répétition d'un tel acte peut être nécessaire pour résoudre certains problèmes. Les deux aidantes guident donc les novices dans l'adoption d'une façon de faire compatible avec leurs propres représentations de la situation contextuelle. I₁ enseigne, en se substituant à A₃, le contenu de la parole que celle-ci aurait pu tenir à l'intention de sa patiente pour l'amener à retrouver goût à la vie, en paraphrasant ainsi « voyez-vous, moi, je vous lève », ou « ben avant, on allait au salon ». L'intervenante se met littéralement à la place de l'aidée, produisant elle-même le discours qu'elle juge acceptable pour qu'il y ait une amélioration de sa communication avec sa patiente. Elle enseigne donc un moyen par lequel l'étudiante aurait pu remplir son rôle d'étudiante-

infirmière, montrant par le fait même qu'il est de son ressort d'aidante de lui enseigner ceci. C'est toute une vision du soin infirmier qui est ici reflétée par l'aidante.

Encore ici, et comme elles l'avaient fait pour A_4 , les intervenantes identifient les personnes ressources qui, dans le département, ont le pouvoir d'aider A_3 si seulement elle leur parlait. Ainsi, chaque intervenante lui demande si elle a parlé à son professeur de stage: « En *as-tu parlé* à ton prof? » (I_3); « *As-tu parlé* avec ton professeur de stage? » (I_2); « Est-ce que *tu en as parlé* à ton professeur, de ça? » (I_1). Et deux aidantes mentionnent aussi les infirmières graduées entourant la stagiaire: « Est-ce que *tu en as parlé* aux autres infirmières? » (I_1); « Est-ce que *tu en as parlé* aux autres infirmières qui travaillent avec elle? » (I_1); « Mais en *as-tu parlé* avec l'infirmière de l'étage? » (I_3). Ce questionnement remet en lumière le réseau institutionnel en place pour aider l'aidée à mieux parler à sa patiente, donc à mieux remplir son rôle. Les intervenantes initient ainsi l'aidée, non seulement à son rôle auprès de sa cliente, mais aux instances sociales qui l'appuient par l'intermédiaire de la parole échangée.

5.1.1.3 Le contexte familial et de couple

Les aidantes visent les paroles prononcées par A_1 et A_2 dans le cadre de leur histoire respective, de même qu'elles les amènent à identifier qui sont leurs interlocuteurs significatifs. Ceci sert de rampe d'intervention sur l'importance de produire de la parole et sur le problème qu'il y a à ne pas en produire. L'accent est mis ici sur le dialogue que doit produire les aidées dans leur milieu personnel.

Certains commentaires ont pour fonction d'attribuer le problème rapporté par les aidées directement à l'absence de leur parole avec certains locuteurs jugés significatifs dans leur contexte. Ainsi, les propos: « Je pense que c'est la *communication* qui est le problème » (I_3A_2); ou: « ... donc c'est ça, tu sais, le problème reste là quand on essaie de *ne pas en parler* » (I_2A_2); et encore: « ... *éviter de discuter*... du problème n'enlève pas le problème du tout. » (I_2A_2), sont des essais pour identifier la relation parents-fille comme pouvant être rétablie par un échange verbal. Le commentaire est un diagnostic infirmier du problème, c'est-à-dire le manque d'échange, face auquel l'aidée a une certaine responsabilité. Dans la formulation de ces renseignements, les intervenantes témoignent

davantage d'une certaine sagesse populaire, à savoir que se parler, c'est se comprendre, que d'une expertise en tant qu'aidante. Peut-être, justement, se représentent-elles le rôle d'aidante dans sa dimension essentiellement sociale. Ce qui donnerait crédit aux conclusions de Collins et al (1994) qui classent les interventions des infirmières davantage dans l'ordre des pratiques populaires que dans celui des approches thérapeutiques.

Mais si la parole est un outil essentiel de compréhension, elle peut également être une arme à deux tranchants, surtout si cette parole engage émotionnellement son destinataire, comme dans le cas d'une promesse faite à un être cher. A₁ a en effet promis à sa mère de ne pas la mettre en institution, ce qui lui pose un dilemme envers son mari, favorable à son placement. I₁ et I₂ ont exploré ceci, en tentant d'amener A₁ à réévaluer la promesse faite, donc à revenir sur la parole donnée. Au départ, I₁ suggère à l'aidée de recourir aux nombreuses ressources communautaires qui pourraient s'occuper de sa mère. Mais le refus de cette suggestion par A₁ l'amène à émettre ce commentaire sur la promesse donnée: « Toi, *tu as promis*. D'un côté, *tu as promis* à ta mère, puis de l'autre, ben, tu as ton mari que t'aimes ». Il semble s'agir de sa part d'une tentative implicite pour amener l'aidée à revoir la promesse devenue trop lourde à porter, en opposant « amour » et promesse. D'ailleurs, I₁ revient presque immédiatement en dirigeant A₁ vers les ressources qu'elle lui a déjà proposées. En somme, I₁ semble pencher elle-même pour l'opinion du mari, personnage dont le statut pourrait justifier le manquement à la parole donnée. I₂ cerne également la promesse donnée par: « Bon, tu aimerais la placer? C'est juste *ta promesse* qui te garde avec elle ou bien c'est toi-même qui ne veux pas la placer? ». I₂, en minimisant au début par le mot « juste » le sens de cette promesse, semble accentuer l'idée qu'A₁ s'impose à elle-même le poids de son dilemme. Dans les deux instances, la promesse est ciblée par l'intervenante comme étant un comportement de parole dont l'aidée ne pouvait prévoir les conséquences au moment de son exécution. Sans diriger l'aidante dans le sens d'une remise en question, le fait de soulever la difficulté en de tels termes guide l'aidée vers la reconsidération de la promesse. La référence à la parole donnée sert à cristalliser la relation mère-fille autour de la promesse et le poids qu'elle impose à la fille. Les deux intervenantes tentent de diriger A₁ vers les ressources de placement, en dépit de cette promesse.

D'autres références à la parole qu'auraient pu produire A₁ et A₂ sont des moyens de marquer qui sont les locuteurs importants de leur histoire. Nous en rapportons ici dix exemples (n = 10): « Tu l'as *mis au courant* de ce que tes parents ont dit? » (I₃A₂); « Mais

avais-tu discuté de ça avec ton mari? » (I₃A₁); « Tu n'as pas d'amis autour de toi à qui te confier? » (I₁A₁); « Est-ce que vous en parlez beaucoup? (I₁A₁); « Est-ce que tu t'es assis avec tes parents, puis que tu leur en as parlé? » (I₁A₂); « Est-ce que tu as vu quelqu'un qui est spécialiste? » (I₂A₁); « Mais toi,... est-ce tu as jamais essayé de leur parler? » (I₂A₂); « ...as-tu demandé pourquoi ils n'aiment pas le gars? » (I₃A₂); « Combien de fois tu en as parlé avec tes parents? » (I₃A₂); « Tu l'as mis au courant? » (I₃A₂). Ce sont autant d'exemples de références par lesquelles l'aidante invite les aidées à cibler des locuteurs avec lesquels elles sont en relation. Chaque interlocuteur occupe un certain statut à connotation expressive ou, dans un cas particulier, en raison d'une expertise professionnelle. Nous sommes dans le monde social qui est important pour les aidées, leur petit réseau que la parole permet de joindre, et qui prend vie dans la situation actuelle par une référence méthodique à la production la parole dans les contextes privés de la vie des aidées. Les aidantes agissent ici comme agents de socialisation, en encadrant le problème dans la sphère de l'interaction sociale, et non dans la personnalité de l'aidée.

Durant chaque entrevue, les intervenantes font donc des références aux actes de parole qu'ont tenu, ou auraient pu tenir les aidées durant les événements problématiques qui les amènent à consulter. L'analyse que nous faisons de ces manifestations nous porte à conclure que les intervenantes métacommuniquent, par leur référence, sur leur représentation que la source des problèmes encourus par les aidées serait liée d'une façon ou d'une autre à leur comportement langagier durant ces événements passés. Ce qui ressort dans les actes de parole des trois intervenantes sur la production de la parole des aidées, c'est leur intérêt pour le contexte méso-social de cette parole. Les références sont des comportements qui métacommuniquent à la fois sur ces contextes et leurs particularités, ainsi que sur les relations que les personnes y entretiennent. Ce marquage durant les entrevues leur permet de guider imperceptiblement les aidées vers la poursuite de leurs études, ce qui semble correspondre à leur évaluation du problème, c'est-à-dire une menace à la perte du statut d'étudiante et de l'harmonie du couple et de la famille.

Ainsi, leur rôle d'intervenante se trouve marqué par une tendance à explorer d'abord minutieusement ce qui s'est réellement passé et ensuite à instruire les aidées sur comment ces contextes les affectent et de quelle façon s'y comporter, en parole, pour y survivre individuellement, ou s'y faire une place. D'ailleurs, la maîtrise de la démarche des soins infirmiers à laquelle les trois intervenantes ont été formées durant leurs études actuelles,

préconise une telle quête minutieuse des événements de l'histoire du patient. Cette expertise se transpose dans la relation d'aide comme méthode appropriée.

Il ne faut toutefois pas oublier un seul instant que cette façon de marquer la parole de l'aidée dans le contexte de son histoire se produit de façon concomitante avec les autres références à l'événement de parole qui est en cours, sans que n'apparaisse de transition nette entre ces deux réalités. L'événement de parole fait figure de lieu d'interface pour les aidantes de notre étude entre le présent et le passé, et leur habileté à naviguer avec cohérence et de façon intelligible de l'un à l'autre s'exprime en interaction avec les aidées.

5.1.2 La parole produite par l'environnement social

Nous nous engageons maintenant dans le compte rendu des références des intervenantes à la parole produite par l'environnement social impliqué dans l'histoire racontée par l'aidée, le tableau X en présentant les fréquences notées.

TABLEAU X FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES PRODUITES PAR L'ENVIRONNEMENT SOCIAL

INTER- VENANTE	AIDÉE				
	A1	A2	A3	A4	TOTAL
I1	10	5	5	2	22
I2	1	0	1	3	5
I3	3	3	12	4	22
TOTAL	14	8	18	9	49

Nous avons donc observé quarante-neuf ($n=49$) références de ce type, s'étant produites, à une exception près, dans chacune des entrevues enregistrées. I_2 n'en a accumulé que cinq ($n=5$) alors que I_1 et I_3 cumulent des fréquences plus comparables. Il

nous semble que le signalement de la parole produite par des personnes impliquées dans l'histoire des aidées permette aux intervenantes d'évoquer à nouveau la sphère sociale et interactive extérieure et antérieure à l'événement de parole en cours. Les intervenantes mentionnent explicitement, à l'intention des aidées, certains locuteurs dont le statut doit être saisi en vertu de leur influence sur le sort de l'aidée. Un autre élément intéressant de cette référence à la parole des autres est le fait qu'il incombe maintenant aux aidées de prendre le rôle de porte-parole des personnages impliqués, dans l'histoire problématique et de servir en somme de médiatrices entre eux et les intervenantes.

5.1.2.1 Le contexte institutionnel

Les trois intervenantes abordent ce contexte par leurs références à la parole adressée à A₄ par certains acteurs sociaux. I₁ se distingue nettement des deux autres en ce qu'elle mentionne un principe écrit et enchâssée dans le code de déontologie infirmière. Elle dit: « Il y a *des livres qui ont été écrits* sur l'éthique... Tu n'as pas violé aucune... de ces choses là... ». Cette référence à la parole écrite est intéressante en ce que I₁ est la seule à avoir appuyé ouvertement la réaction de A₄ qui est allée, comme on le sait, s'enquérir des liens de son client avec une co-patiente. L'allusion à la parole écrite renforce l'autorité de l'Ordre qui prescrit explicitement la défense des droits individuels, lesquels sont, en principe, au-dessus des particularités institutionnelles. Ce faisant, I₁ s'allie explicitement à l'aidée. Pourtant, face au pouvoir abstrait d'une parole écrite dans un code éthique, I₁, un peu plus loin, dresse un autre pouvoir avec lequel il faut compter dans cette institution, celui de l'autorité de la famille du patient sur celui-ci: « ... Peut-être ça, c'est une *demande* d'une des deux familles... », expliquant ainsi le fait que l'infirmière-chef ait décidé de déménager le patient sur un autre étage. Ainsi, en se référant à la parole éventuelle de la famille, l'aidante établit un ordre à suivre dans les affaires de l'étage et même l'infirmière-chef y est soumise. Ceci s'accorde avec une réalité bien réelle des milieux gériatriques où la parole produite par les familles exerce une influence réelle sur les actes que pose le personnel infirmier contre qui pèse à tout instant la menace de plaintes à l'administration.

Pour I₂, le contexte de la production de la parole par l'environnement est exploré en relation avec l'importance du statut des locuteurs, dans une série d'échanges ciblés à cet effet. I₂ indique à A₄ l'écart entre son professeur et l'infirmière-chef, ciblant le rôle de la

première dans le sort de l'aidée: « Mais ton professeur, qu'est-ce *qu'elle a dit?* ». La place à accorder à la parole de l'infirmière-chef est ici directement contestée, l'aidante en instruisant l'aidée: « ...ton infirmière *ne peut pas écrire* les notes de passage dans ton bulletin, c'est pas à elle ça. ». Ici, il s'agit de la parole écrite qui, signalée de la sorte, montre deux contextes qui s'affrontent, l'institution soignante et l'école des sciences infirmières, l'impact de la parole de chacun étant nettement distingué. I₂ guide A₄ dans l'identification de l'origine de la parole prononcée pour évaluer les chances de l'étudiante de poursuivre son stage: « *Qui t'a dit* que tu n'étais pas pour continuer? ». L'aidante informe implicitement la stagiaire que la parole de l'infirmière a outrepassé la limite à l'intérieur de laquelle son pouvoir peut s'affirmer et concrétise de la sorte la responsabilité finale du professeur: « Qu'est-ce que ton prof. *t'a suggéré?* ».

I₃ quant à elle sélectionne surtout le fonctionnement en équipe dans le contexte de l'hôpital où la novice fait son apprentissage. Elle veut savoir: « Est-ce qu'elles... qu'est-ce qu'ils *ont dit* ... au monsieur pourquoi ils vont... le déplacer...? ». En s'intéressant aux paroles des autres personnes impliquées dans les soins, elle partage en fait sa connaissance de la réalité dans laquelle évolue l'aidée, celle-ci n'étant pas la seule à parler à son client. Plus tard, elle soulignera: « Et pour toi, c'est très important ce que tu penses? Que ça passe avant? », ou encore: « Peut-être que tu avais juste ton idée en tête? Penses-tu?... », renforçant l'idée que la parole prononcée par une étudiante en stage est soumise à celle des instances formelles, et la prévenant simultanément des difficultés émanant d'une trop grande individualité. Encore ici, c'est le pouvoir de l'infirmière-chef sur l'étage qui est souligné par le poids attribué à sa parole: « Est-ce que l'infirmière *a dit* que tu devais plus venir sur l'étage? » et: « Le fait que l'infirmière *t'a parlé* comme ça..., tu t'attendais pas à ça? ». La dernière référence sert moins à identifier l'émotion éprouvée par l'aidée face à cette parole prononcée par l'infirmière-chef qu'à montrer l'ascendance exercée par la parole de l'infirmière-chef, dont le statut est symbole d'expérience et de jugement, par distinction avec celui de la fouguese novice.

5.1.2.2 La dyade infirmière-cliente

Le contexte de l'interaction s'étant déroulée entre l'aidée A₃ et sa cliente durant son stage est également l'objet d'une exploration systématique, par I₁ et I₃, de la parole

prononcée, que ce soit celle émise par la cliente elle-même ou celle prononcée par d'autres locuteurs ayant un certain droit de parole dans la conversation entre la cliente et l'étudiante qui en prend soin.

En mettant l'accent sur la réaction de A_3 au discours de sa cliente, « Et là, qu'est-ce que tu fais quand *elle te dit* non? », et « ... tu vois qu'elle *ne veut pas parler* ». I_3 l'informe de la réalité interactionnelle avec laquelle A_3 doit composer pour bien remplir son rôle de novice. En fait, I_3 critique la relation que A_3 entretient avec sa patiente. En ciblant la parole de cette dernière, qu'elle soit réelle ou fictive, c'est vraiment la réaction de la stagiaire qui est visée: « Comme ça, tu étais contente quand *elle disait*, quand elle faisait tout ce que tu voulais? »; « Tu aimerais ça qu'elle *te parle* tout de suite? » ou encore: « Comment tu comprends tout ça? Est-ce que ça ne peut l'affecter ... d'après ce qu'elle *te dit*? »; « ... penses-tu qu'elle devrait déjà *te dire* ça? »; « Et toi, tu penses qu'elle *ne devrait pas dire* ça, ou... ». I_3 ici juge la performance de l'étudiante en stage, la parole attribuée à la cliente servant de base pour souligner son incompetence. L'étudiante-infirmière est présentée comme n'arrivant pas à saisir le vrai sens des paroles de sa cliente, comme cherchant à en censurer ou contrôler la production ou ne respectant pas son rythme. L'intervenante s'octroie ici une ascendance sur l'aidée quand elle la blâme pour son attitude envers cette cliente. C'est donc le pôle « infirmière » qui est ciblé comme étant inefficace dans la relation infirmière-cliente, et le moyen pour I_3 de signaler ceci est de présenter la cliente comme une locutrice incomprise.

I_1 cerne également la parole produite par la cliente d' A_3 : « Tout ce qu'elle *te dit*, c'est qu'elle veut mourir? », et « Qu'est-ce qu'elle *a dit*? », le ton étant ici plus exploratoire que critique. Toutefois, la nature du problème est projetée par l'intervenante dans un discours imaginaire que la patiente pourrait produire et qui prend la forme d'une assertion de causalité au problème de l'aidée: « ... tu es un peu une étrangère à ça... peut-être qu'elle n'est pas certaine si elle peut *s'ouvrir* à toi... ». Le thème de l'étranger est mentionné pour souligner à la stagiaire que son rôle de stagiaire la prive d'une identité professionnelle que pourrait lui reconnaître sa cliente, si elle était graduée ou davantage présente. Mais il est également possible que se superposent d'autres fonctions à cette référence à l'étranger, en traduisant le sentiment éprouvé par l'intervenante dans son propre rôle de stagiaire, comme elle pourrait implicitement se comprendre en relation avec l'appartenance ethnique de A_3 , étudiante d'origine haïtienne, qui pourrait être, en quelque sorte, doublement étrangère

lorsqu'elle est en stage. Dans ce sens, référence sur la parole imaginée de la cliente serait un commentaire sur cette réalité complexe.

En contre-partie à leur intérêt pour la production de la parole par la cliente, I₁ et I₃ ont toutes deux cherché à savoir si certaines autres locutrices s'étaient effectivement manifestées, celles-ci étant importantes soit par les informations qu'elles peuvent transmettre à A₃ pour l'aider dans sa relation, soit par leur droit de regard sur le déroulement d'un stage. Les références à une parole venant d'elles accentuent leur importance dans la problématique: « Est-ce que ton professeur t'a fait comprendre que c'était mettre ton stage en péril? » (I₁A₃), cerne la fonction évaluatrice du professeur qui peut couler une étudiante trop faible. Les deux intervenantes ont également identifié l'infirmière de l'étage où A₃ est en stage: « Qu'est-ce qu'elle t'a dit, elle? (la nièce) » (I₁) et « Qu'est-ce que l'infirmière t'a dit? » (I₃). Les intervenantes soulignent que l'infirmière de l'étage, non seulement peut aider A₃, mais qu'elle possède un lien privilégié avec la cliente en raison de son statut sur l'étage. Et I₃ amène une autre locutrice dont le rôle est important pour aider A₃, la nièce de la cliente. En somme, les intervenantes guident les aidées, en leur indiquant un réseau de personnes dont la parole est à solliciter ainsi que l'interdépendance qui s'établit par la production de la parole.

5.1.2.3 Le couple, la famille et le médecin

Les histoires problématiques rapportées par A₁ et A₂ incitent les aidantes à explorer la parole produite par les proches, par le médecin ou d'autres ressources communautaires, acteurs dont le statut est accentué par le fait même de leur mention comme locuteurs actuels ou potentiels dans le cadre du problème rapporté par les aidées.

L'importance accordée par l'intervenante à certains personnages se trouve particulièrement illustrée lorsque I₁ s'engage avec A₁ dans un exercice où elle lui demande de préciser hors de tout doute le sens de la parole de sa mère: « ... c'est quand elle a commencé à avoir l'Alzheimer ou avant, qu'elle t'a parlé de ça? », ce à quoi l'aidée répond: « Elle était très lucide quand elle me l'a dit », commentaire que l'aidante paraphrasera aussitôt « ...Quand elle a été diagnostiquée, elle t'a dit: ne me place jamais? ». Ici I₁ semble vouloir évaluer si la parole de la mère a été prononcée en toute lucidité pour pouvoir

reconnaître toute son importance dans le dilemme de l'aidée qui s'est engagée en promettant de ne pas placer sa mère. L'intervenante veut s'assurer qu'A₁ a été bien informée sur la sévérité de la maladie de la mère, et s'enquiert de la parole potentiellement prononcée: « Est-ce qu'ils t'ont expliqué un petit peu? ». Le refus de la mère d'être placée en institution est un facteur pouvant forcer l'aidée à renoncer à ses études en sciences infirmières, ou en retarder le cours, issue que I₁ cherche à éviter: « Est-ce que... *tu as entendu parler* des programmes de l'hôpital...? » et elle cherche encore ici à évaluer si une parole aurait pu avoir été prononcée à ce sujet. Pourtant la parole de la mère est incontournable, la relation mère-fille ayant été soudée par la promesse exigée par la mère et donnée par la fille, ce que l'exploration de I₁ permet d'établir. Elle tente toutefois de signaler à la fille, en contre-poids, une autre dyade importante dans sa vie, celle de sa relation femme-mari: « Est-ce que *vous en parlez* beaucoup? », et « ...si *vous avez de la difficulté à parler* de vos problèmes... ». Et elle amène aussi la relation belle-mère-gendre, initiée par la mère vers l'époux: « Est-ce que tu penses que ta mère *elle avait déjà parlé* à ton mari de ce ... désir de ne pas aller dans un nursing home? ». L'importance de la relation entre A₁ et sa soeur est explorée, par le biais de la parole que la mère aurait pu lui diriger : « ... *elle en avait pas parlé* à ta soeur non plus? », même si l'intervenante ne mise pas sur cette dernière pour appuyer l'aidée. En somme, I₁ veut savoir qui a parlé dans l'histoire, ce qu'ils ont dit, pour renvoyer à l'aidée une représentation interactive de son problème.

Pour I₃, l'interlocuteur clé est clairement le mari de A₁. La répétition de son exploration de la parole qu'il a prononcée dans l'histoire, parsemée le long de l'entrevue, signale le statut important attribué par l'intervenante au personnage de l'époux et elle dirige l'attention d'A₁ sur cette réalité. La relation de couple est ainsi accentuée à trois reprises: « Pour toi, c'est important, pour toi, ce que *dit ton mari?* »; « Mais *qu'est-ce qu'il a dit*, au juste? »; « Et qu'est-ce que *ton mari avait dit*, quand tu as essayé? ». D'ailleurs, une fois cette mise au point faite, elle amène l'expertise du médecin, qui peut l'aider à trouver de l'aide comme Home Care: « *Il pourrait te référer* à ça ». Encore ici, l'intervenante interprète la situation problématique de A₁ à la lumière de l'importance du mari qui, rappelons-le, est favorable au placement de la mère et à la poursuite des études de l'aidée. Elle la guide finalement dans la priorisation de son allégeance, le médecin étant l'expert ouvrant la porte pour que ceci s'accomplisse.

La seule référence accomplie par I₂ notifie aussi le rôle du mari dans cette histoire, en demandant à A₁ « Qu'est-ce que *ton mari te dit*, à part le fait de la placer? ». Cette

remarque peut, en même temps que d'éclairer ce locuteur particulier, chercher à accentuer ses directives, favorisant l'utilisation des ressources communautaires.

Le contexte de l'histoire d'A₂ donne également lieu à des références de la part d'I₁ et I₃ à la production de la parole par ses parents et son ami, en plus du médecin ayant prescrit les anovulants qu'elle a oublié de prendre. Les deux intervenantes demandent à A₂ de rapporter les paroles du médecin: « Ton médecin ne t'*en a pas parlé*, quand elle t'a... quand il t'a donné la prescription? » (I₃); « Est-ce que c'est ça que ton médecin t'*a dit de faire*? » (I₁) et « O.k., parce qu'*ils disent* de la prendre pas mal régulièrement. » (I₁). Bien que leur formation habilite les étudiantes-infirmières à renseigner la clientèle sur la prise des anovulants, le savoir et l'expertise du médecin semble précéder leur propre enseignement, ce qui correspond au rapport médecin-infirmière souvent observé dans les institutions de santé et que les étudiantes apprennent très vite à reconnaître durant leur formation. Il se peut fort bien que les intervenantes aient également oublié l'information déjà reçue, et dans un tel cas, demander à l'aidée de leur rapporter ce que le médecin a dit constitue une quête habile de renseignements leur permettant de ne pas induire A₂ en erreur, tout en protégeant leur propre statut d'aidante aux yeux de l'aidée.

L'intervenante I₃ cherche à accentuer, tantôt les paroles de l'ami de A₂: « Qu'est-ce qu'*il a dit*? Comment il a réagi? », tantôt les paroles des parents « ... l'as-tu mis au courant... de ce que tes parents *ont dit*? », attribuant ainsi un rôle de porte-parole à A₂ entre son ami et ses parents. La mise en place des locuteurs importants s'obtient par l'intérêt que porte I₃ au fait qu'ils produisent de la parole. L'intervenante positionne l'aidée clairement entre les deux factions dont la relation est problématique dans l'histoire qu'elle raconte. I₁ a, quant à elle, une façon particulière de cibler la parole des parents pour confronter l'ambivalence de A₂ face à sa décision d'aller vivre avec son ami: « ... Mettons que tes parents te *diraient* oui, là,... tu peux y aller. Est-ce que... tu irais... rester avec lui sans te poser de questions? ». La construction de la réalité à laquelle a recours I₁ force A₂ à réfléchir en réponse à un discours hypothétique des parents, dans un passé et un espace immatériels, pour proposer une autre situation à l'examen de l'aidée. En mettant littéralement des mots nouveaux dans la bouche des parents, l'aidante dirige l'aidée vers l'exploration d'une autre réalité, réelle celle-là, celle du doute qu'elle a repéré chez A₂. Elle part donc de la situation inventée par les paroles que n'ont pas réellement prononcé les parents, pour diriger l'aidée vers une réponse nouvelle. La représentation d'un contexte langagier virtuel permet à I₁ de montrer paradoxalement l'importance, pour l'aidée, de la

parole de ses parents qui, dans la réalité, ont dit tout le contraire du discours inventé par elle.

Donc, en pistant la parole échangée par les personnages, l'aidante renseigne sur son expertise à en repérer les complexités. Bien qu'une telle exploration soit de mise dans une relation d'aide thérapeutique, c'est le renforcement direct ou implicite de la nécessité pour A_1 ainsi que pour A_2 de terminer leur cours d'infirmière qui a retenu notre attention, ce qui réfère une fois de plus au statut réel des aidantes. Le but des aidantes est de convaincre la première de placer sa mère, ou d'obtenir de l'aide pour qu'elle puisse poursuivre ses études. Le mari est celui qui partage cette opinion et les aidantes le représentent comme étant un locuteur de choix et le médecin comme l'expert incontournable, alors que le dilemme émotif dans lequel se trouve A_1 est peu exploré dans son histoire. De la même manière, les trois intervenantes s'empressent de favoriser la poursuite par A_2 de ses études en soins infirmiers et les personnages dont la parole vont dans ce sens sont pointés comme des locuteurs centraux. Ainsi, il se construit une ponctuation de la réalité autour des personnages importants engagés dans les problèmes des aidées. L'intervenante puise dans l'habileté de l'aidée à rapporter des actes paroliens ayant eu lieu hors du contexte de l'entretien actuel. L'espace mésosocial, en principe extérieur aux cadres immédiats de l'interaction, prend vie par la référence trans-contextuelle que les aidantes font sur la parole prononcée, ou à prononcer, par les autres.

L'aidante est ici un agent d'information sur l'aspect vital de la parole pour la compréhension et dans la solution des problèmes. Cette information est très souvent métacommuniquée, la signification des actes de paroles étant le plus souvent insinuée sur un mode analogique plutôt que sur le mode franchement digital. Les aidantes donnent préséance aux contextes sociaux par rapport aux configurations psychologiques individuelles par le moyen de leurs références à la parole. Celle-ci devient un comportement révélateur de multiples significations et il semble qu'une fonction de la relation d'aide est, du moins pour les aidantes de notre étude, de transmettre cette information. La parole est une ressource dans le marché des institutions et les aidantes enseignent aux aidées à en comprendre l'utilité pour régler leurs problèmes. Il y a donc ici un signalement des contextes et des relations personnelles, observés, ou souhaités, par les intervenantes durant la situation de relation d'aide. Cette dernière est un moment instantané d'échanges reliant la sphère problématique antérieure à des solutions possibles qui lui sont postérieures.

5.2 Les références à la production de parole comme une solution au problème présenté par l'aidée

Dans cette avant-dernière partie de notre étude, nous abordons des références émises par les trois aidantes pour signifier aux aidées que la solution de leur problème passe par une production de parole. Ainsi que le présente le tableau XI, nous en avons répertorié un total de cent soixante et une ($n = 161$), I_1 en ayant prononcé soixante-quatorze ($n = 74$), I_2 trente-sept ($n = 37$) et I_3 cinquante ($n = 50$) durant leurs entrevues. Bien qu'en principe, la solution du problème soit une activité inhérente à la situation de la relation d'aide, du moins dans son optique psychologique, nous avons trouvé nécessaire de considérer nos données comme s'appliquant à un contexte extérieur. En effet, l'ensemble des références à la production de la parole en vue de résoudre le problème apporté par les aidées montre que la parole est une stratégie à accomplir dans le futur, c'est-à-dire après l'événement en cours. Cette approche tranche donc de l'approche affective ou cognitive de la relation d'aide qui facilite la réflexion sur des attributs psycho-sociaux personnels menant à la solution du problème durant l'interaction.

TABLEAU XI FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES À LA PRODUCTION DE LA PAROLE
COMME SOLUTION AU PROBLÈME DE L'AIDÉE

INTER- VENANTE	AIDÉE				TOTAL
	A1	A2	A3	A4	
I1	24	13	20	17	74
I2	5	20	3	9	37
I3	11	9	3	27	50
TOTAL	40	42	26	53	161

Dans chacune des douze rencontres, les intervenantes ont ainsi ciblé les actes de parole à produire par l'aidée elle-même ($n = 122$), pour solutionner son problème, alors que d'autres cernent la production de la parole par l'entourage étant déjà en contact, ou qui

devrait venir en contact avec les aidées à cette fin. Nous avons remarqué que les aidantes formulent leurs directions vers une telle production après avoir repéré, à tort ou à raison, une lacune à ce niveau dans les histoires problématiques racontées par les aidées. À titre d'exemple, les trois aidantes ayant noté un conflit entre l'étudiante en stage (A_4) et une infirmière-chef, reprendront ce thème pour formuler plus tard une suggestion d'aller parler ou reparler à cette même infirmière-chef dans le futur pour solutionner le problème.

Nous verrons dans quelle mesure les événements enroulés par les aidantes autour de la parole produite durant l'histoire antérieure des aidées, que nous avons rapportés à la section 5.1, sont à nouveau ciblés et réinterprétés par elles pour devenir, dans le futur, des lieux de changement que la parole rend possible. Ainsi, l'aidée, ou quelqu'un de lié à sa situation, devra parler pour résoudre le problème. Les conseils des aidantes sur la parole à prononcer coexistent étroitement avec les explorations de celle ayant déjà été prononcée avant l'entrevue, la relation d'aide immédiate rendant possible ce calibrage. Les rôles des intervenantes et des aidées se distinguent, ici aussi, par leurs références à la production de la parole en même temps que sont profilés les contextes multiples de la situation de la relation d'aide. Cette section est fondamentale à notre compréhension des événements enregistrés car elle relate l'aboutissement de ce qui constitue la raison d'être de la situation, c'est-à-dire l'actualisation du processus de la solution des problèmes des aidées. Que l'énonciation de la parole ait inspiré aussi concrètement le discours référentiel des aidantes illustre à notre avis leur indication du rapprochement étroit unissant les divers contextes à la situation dans laquelle elles agissent.

Trois grandes catégories d'événements ont été dégagées des références à la production de la parole dans l'ordre de la solution du problème présenté par l'aidée. La première montre l'aidante synthétisant l'information recueillie à partir de son exploration de l'histoire de l'aidée et conseillant une production de parole postérieure afin d'y remédier. La deuxième, observée dans certaines rencontres seulement, nous fait voir l'introduction par l'intervenante d'un nouveau thème n'apparaissant pas dans les contextes déjà explorés, et qui devient partie intégrante des conseils pour la production future de la parole. Et la troisième indique la parole devant être produite par l'entourage social des aidées. Nous présentons ici une série d'exemples de nos résultats regroupés en fonction des interactions observées entre chaque intervenante et chaque aidée.

5.2.1 Les intervenantes en relation avec A₁

Les explorations de la parole produite par l'aidée et son entourage dans le contexte de l'histoire problématique de l'aidée servent de levier pour les références à la parole devant être produite dans le futur. En relation avec A₁, I₃ commente: « Et peut-être que *tu pourrais en parler* à ton mari d'abord », donnant donc un conseil sur la parole à produire. Ce conseil repose, on s'en souviendra, sur une suite d'explorations de la parole prononcée par l'aidée à l'intention du mari et la parole produite par celui-ci dans l'histoire, accentuant son statut d'interlocuteur. En appuyant ainsi le rôle du mari, c'est en fait la relation épouse-époux qui apparaît implicitement cernée par l'aidante. La suggestion de l'aidante réaffirme donc les échanges antérieurs émis durant l'entrevue, pour les rediriger vers le futur, ce qui est une accentuation évidente du contenu d'une interaction jugée significative dans la solution du problème.

Cette même dynamique s'observe chez I₂: « Je peux t'offrir quelques numéros de téléphone où *tu peux appeler*. », qui suggère en fait un comportement qu'elle avait déjà ciblé plus tôt: « Est-ce que tu as vu ... un spécialiste...? », et pour lequel elle établit plus loin les bases de son conseil « Tu sais que tu as besoin de quelqu'un pour t'aider. ». Elle avait sollicité auparavant l'initiative de l'aidée: « dis-moi peut-être deux ou trois pistes ... » et: « ... une nuit, tu ne dors pas, tu réfléchis et tu te dis je ne veux pas abandonner ma mère ..., qu'est-ce que tu vas faire? ». I₂ métacommuniquait également l'importance qu'elle accorde à l'autonomie « ... il va falloir que tu fasses des efforts toi-même ». Elle accentuera d'ailleurs très fortement l'initiative de l'aidée: « Mais tu sais exactement quoi faire. Tu vois c'est toi-même qui me l'as dit! Ce que je peux faire pour toi, maintenant que tu m'as dit ce que tu voulais puis, que tu es décidée que tu as besoin d'une personne pour t'aider avec ta mère ... ». On peut ici noter une sorte de crescendo qui prend fin dans l'allusion aux numéros de téléphone à composer dans le futur, un conseil renforçant l'autonomie finale dont devra faire preuve l'aidée pour solutionner son problème par sa propre parole. La relation aidante-aidée qui s'établit ici en est une de complémentarité, non seulement en relation avec la critique à peine voilée sur le manque d'initiative dont fait preuve A₁ dans son rôle actuel d'aidée, mais aussi en fonction de son propre rôle d'aidante, qui ne peut pas s'actualiser sans que A₁ exprime précisément ses besoins.

I₁ accentue également ce que devrait faire l'aidée, en reprenant certains thèmes. Par exemple, au terme de l'exploration: « Est-ce que *tu as déjà pensé* ... aller voir la doyenne ... ou un de tes professeurs... *pis en parler...* peut-être *en discuter* un peu..., elle suggérera comme élément de solution « ... *aller voir* aussi la doyenne ou un de tes professeurs avec qui tu t'entends bien ». De même, ses commentaires vers la fin de l'entrevue: « ... *demande* pour le Home Care... », et « *tu peux les appeler* pour voir quelles sortes de services... », en parlant de la Société de l'Alzheimer, consolident une information obtenue antérieurement: « Est-ce que tu as déjà entendu parlé des programmes...? » ou « As-tu déjà pensé à avoir quelqu'un à la maison...? », et « eux-autres, ils pourraient t'aider », en reparlant de la Société. Le déroulement de l'entrevue se parsème ici et là de messages implicites envers A₁ et sur la lourdeur de sa situation, « ... parce que ça doit te demander beaucoup... avec tes études... », et: « je suis inquiète de ta santé... », ou « ... c'est une grosse responsabilité, hein, qu'elle t'a mis ». La relation établie avec l'aidée est de nature complémentaire dans le sens que I₁ qui a une représentation du problème dirige A₁ vers une solution, marquant la différence des rôles de chacune au sein de l'entrevue.

Il arrive cependant que les aidantes introduisent un thème nouveau, n'apparaissant pas dans leurs repérages antérieurs, et qui guidera l'aidée dans sa production de parole pour régler les problèmes des aidées. I₁ indiquera au moins à trois reprises la parole à dire au médecin, par exemple: « Si tu allais voir... son médecin..., puis que *tu demandes...* le service... », alors que I₃ la précisera sept fois, par exemple: « *Tu pourrais parler* au médecin de famille », et: « Tu pourrais en parler à ton mari d'abord... et puis *parler* au médecin », ce qui signale l'importance de cet acteur pour l'obtention des ressources nécessaires. I₁ suggère à l'aidée de faire ses propres démarches: « ... faudrait que *tu t'informes* de ça à ton école. ». Elle l'invite même à parler à d'autres clients hospitalisés: « Tu vas *pouvoir...* parler avec d'autres patients... » et lui conseille de: « *parler* à ta mère,... puis *lui dire* « j'ai ma vie aussi à faire. », et cela: « quand ta mère est lucide. », insérant elle-même un contenu verbal à la parole de A₁ pour accentuer sa propre préférence envers l'utilisation des ressources par cette aidée. I₂ dira: « Tu as là plusieurs choix d'agences où *tu peux appeler* ». Ici les intervenantes partagent le savoir acquis durant leurs formation en sciences infirmières, la transmission de ce type de savoir étant un double signe d'expertise, d'abord face à l'aidée jouant le rôle de cliente, puis face à l'aidée qui est plus novice que les aidantes dans l'apprentissage de leur profession.

En d'autres occasions, la parole de l'entourage suivra la parole prononcée par l'aidée pour offrir une solution à venir. Par exemple, I₁ explique: « (quand) t'*auras* (sic) *contacté* avec leur numéro... (*ils vont*) *te dire* à quelle personne tu pourrais *parler*... », en parlant de la Société de l'Alzheimer, pointant une boucle de rétroaction médiatisée encore ici par la production de la parole. I₂ décrit quand à elle la nature des services que l'aidée peut attendre des agences: « *ils vont te dire* plus... *ils vont te dire* comment payer pour ça. ». I₃ expliquera; « ... lui *il peut te référer* », en signifiant le médecin. Le réseau social est ainsi expliqué et il est associé à l'atteinte du but de la relation en cours.

5.2.2 Les intervenantes en relation avec A₂

Les exemples suivants s'attardent à l'interaction entre les trois aidantes et A₂. Par ses trois commentaires suivants: « ... *tu comptes* quand même *leur reparler* de ça? »; « une semaine avant, *tu pourras en parler*...à tes parents, puis avec lui » et « Je pense que c'est la *communication que tu pourrais essayer* », I₃ est fidèle à son investigation des activités de parole entre l'aidée et ses parents dans les tours de paroles précédents. Ayant préparé le terrain: « Leur as-tu demandé pourquoi ils n'aiment pas le gars? » et « combien de fois as-tu parlé à tes parents? », l'intervenante installe les assises qui mèneront à ses conseils ultérieurs. Le rôle de fille et des comportements affectifs et instrumentaux le constituant est ciblé par l'intervenante comme digne d'attention et d'efforts. Le fait donc de reprendre cette thématique est une accentuation de ceci, faisant de l'interaction un échange où les représentations de l'aidante façonnent l'issue de l'entrevue, celle-ci voyant qu'il est de son rôle de le faire.

I₂ indique également l'importance de la relation parents-fille dans le problème de A₂. Ses commentaires successifs seront orientés dans cette direction, tels que: « Peut-être est-ce que tu pourrais *essayer une autre fois* (de leur parler) »; « puis *rediscuter* avec ta mère, puis *rediscuter* avec ton père »; « Peut-être que ça va changer quelque chose le fait *de discuter* avec eux »; « *Si j'étais toi, je discuterais* avec eux ». Ceci s'inscrit dans la coulée de son questionnement initial: « Est-ce que tu as jamais essayé de leur parler? ». Le rôle de l'aidante est ici associé intimement à celui d'une conseillère qui partage un savoir cumulé à partir de son investigation des aspects relationnels de la situation rapportée par l'aidée.

Suite à ses propres explorations, I₁ arrive à une représentation similaire de l'importance des relations entre A₂ et ses parents: « Moi je pense que la meilleure chose, c'est *d'en parler* avec tes parents », et « ...l'été, ça va être un moment plus propice *pour parler* avec tes parents... ». Cette conclusion est consistante avec les explorations initiées par: « Comment tu te sens par rapport à ce que tes parents disent » et avec certaines de ses remarques métacommuniquant sur leur importance comme « ... C'est sûr, les parents ça veut toujours le mieux pour leurs enfants. » et « ... eux autres, ils te connaissent beaucoup ». Les conseils quant à la production de parole que pourrait entreprendre A₂ consolident ainsi son rôle de médiatrice entre l'aidée et ses parents.

Nous notons aussi que les intervenantes dirigent l'activité de parole à produire en introduisant un thème ou une nuance n'apparaissant pas dans les contextes explorés dans le cadre de l'histoire racontée par les aidées. I₁ enjoint l'aidée à produire un dialogue intérieur, lui indiquant même les paroles à se dire: « Ça te tenterait pas *de te dire*: « non, je choisis pas mes parents, puis je choisis pas lui, je choisis moi, *puis dire* « d'un côté je suis indépendante de mes parents, puis de l'autre, je suis indépendante de lui... » . Bien qu'il ne s'agisse pas rigoureusement d'une production sociale de la parole, nous l'avons rattachée au contexte de la solution du problème en raison des attaches macro-sociales que l'aidante y établit, et qui favorise l'indépendance d'A₂ envers ses parents. L'intervenante métacommunique sur la dépendance observée chez l'aidée, ce qu'elle illustre en introduisant un type de discours plus affirmatif et plus autonome à produire, qui reflète en somme un conseil sur ce que l'aidée doit faire. À noter ici la polyvalence d'I₁ qui, tout en dirigeant A₂ vers une plus grande autonomie envers ses parents, l'incite tout de même à parler avec eux.

I₂ introduit le cadre de la parole que A₂ devrait produire avec ses parents. Elle dit « Tu pourrais essayer (de leur parler)... Peut-être *les prendre* un par un..., car « ... certains enfants ont des affinités plus avec leur mère ou avec leur père ». La stratégie nouvellement émise d'aborder chaque parent séparément est vue comme pouvant augmenter l'impact de la parole de l'aidée et le fait de lui transmettre ce savoir est une forme de leçon de conduite langagière qu'offre l'aidante à l'aidée.

Chez I₃, la nouveauté vient de la performance souhaitée consistant à: « ... les réunir *pour en parler, en discuter* », et la suggestion d'une préparation graduelle à cette réunion des parents et de l'ami: « *tu pourrais* de temps en temps *leur parler* (de) comment il est,

comment tu l'aimes, comme *vanter* ses qualités ... ». Dans ce contexte, la production de parole représente une stratégie servant à préparer le terrain, augmentant ainsi les chances de succès de la rencontre suggérée et l'aidante instruit l'aidée à cet effet. Les relations parents-enfants sont signalées comme pouvant être le lieu de tactiques langagières que l'aidée a intérêt à connaître. I₂ presse l'aidée de parler à son médecin: « je pense que *tu dois avertir* ton médecin » et: « c'est toujours mieux *d'avertir* le médecin », advenant le cas où l'aidée soit enceinte. En insistant ainsi, elle souligne l'urgence d'agir et simultanément, elle pointe l'expertise du médecin pour s'occuper du problème de l'aidée et la sienne pour la référer à un professionnel de la santé au statut établi.

La solution du problème est aussi soumise à la parole du réseau social dans les deux extraits suivants: « Le pharmacien *pourrait te dire* plus » (I₂); « Peut-être voir qu'est-ce *qu'eux-autres ils disent* de ça. » (I₁), signifiant ici les parents qui sont des interlocuteurs clés aux yeux de cette l'aidante.

5.2.3 Les intervenantes en relation avec A₃

L'entretien avec A₃ nous montre ici aussi les jumelant de façon similaire leurs explorations antérieures à la solution de son problème. À la suite de son exploration antérieure: « Alors, tu voudrais savoir comment t'y prendre pour qu'elle te parle? », I₃ dirige l'aidée par les deux commentaires suivants: « Penses-tu que *tu pourrais essayer (de lui parler)?* » et « Tu pourrais essayer avec un petit *livre qui donne comment* t'y prendre... ». Cette intervenante, qui avait déjà confronté l'aidée à son manque d'habileté à entrer en relation avec sa cliente: « Tu aimerais qu'elle te parle tout de suite? » (ligne 197) et « Penses-tu qu'elle devrait déjà te dire ça? », lui propose maintenant la lecture d'une monographie qu'elle lui recommande sur le sujet de la relation d'aide. Le texte écrit devient un symbole de l'expertise même de l'aidante par le fait même de sa recommandation.

Devant quelques tentatives pour amener l'aidée à réviser les représentations qu'A₃ se fait de l'état de sa patiente: « Es-tu convaincue que c'est toujours si important pour elle... de se garder en vie? », et: « peut-être qu'elle ... voit... que c'est contre son corps..., sa vie, mais c'est peut-être ça qu'elle veut. », ainsi que: « Est-ce que tu t'as (sic) jamais demandé ça? », I₂ contraste ici sa propre représentation du contexte en suggérant pour le

futur: « Peut-être que ... ce serait pas une mauvaise idée si *tu pourrais*(sic) *explorer* quand même ses sentiments, et essayer de les accepter. ». Mis à part le paradoxe qui naît d'un tel commentaire face à la propre difficulté de l'aidante à accepter elle-même les sentiments de l'aidée envers sa patiente, le conseil impose la représentation de l'aidante au détriment de celle de l'aidée, polarisant ainsi son discours dans l'échange.

Nous avons souligné l'importance des explorations de la parole dans les histoires de A₃ et A₄ par comparaison à celles observées dans les histoires de A₁ et A₂. Mais les références à la production de la parole comme solution au problème de A₃ sont les moins nombreuses, I₁ les ayant presque toutes prononcées. Cette aidante semble vouloir particulièrement instruire l'aidée au sujet de la parole à prononcer, et avec sa cliente, et avec son professeur chargée d'évaluer justement la performance d'A₃ avec sa cliente, laissant suggérer qu'elle s'est rapidement fait une idée du problème auquel elle apporte plusieurs angles de solution. Lorsque I₁ s'informe auprès d'A₃: « Est-ce que tu as parlé à ton professeur de ça? », elle établit le premier jalon pour sa future direction de l'aidée vers une consultation avec son professeur, accentuant la pertinence pour A₃ de parler à son professeur: « Est-ce que tu penses que *tu pourrais aller lui en parler*,... oui, une deuxième fois..., elle va voir que tu t'inquiètes de ta patiente », suggérant même les mots qu'il convient de dire: « oui, une deuxième fois, *toi*,... aller la voir », puis *dire*: « écoute, j'ai essayé ça, ça, ça, tu vois. Ça a pas marché... Toi peut-être tu as une solution? ». L'intervenante en ciblant la relation professeur-étudiante dans le contexte du stage clinique enseigne également une stratégie d'utilisation de la parole que l'étudiante pourrait mettre à profit pour influencer celle qui détient le pouvoir d'évaluer son stage. Elle agit dans sa propre relation avec l'étudiante comme une éducatrice qui a la connaissance requise pour savoir quel genre de parole il faut dire pour influencer et qui désire partager ce savoir avec cette dernière pour les fins de l'événement.

I₁ ouvre de nouveaux horizons devant A₃ qui a l'impression de ne pas bien jouer son rôle d'infirmière. Elle lui suggère de faire appel à d'autres travailleurs de la santé: « Tu pourrais *faire un contact* avec les gens des loisirs » et: « Tu pourrais *suggérer*... que le psychologue aille voir cette madame », son message étant une suggestion visant à donner une dimension nouvelle et importante au rôle de l'étudiante-infirmière: « C'est quand même quelque chose de professionnel parce que *tu réfères* un patient à quelqu'un qui peut s'en occuper ». L'enseignement vise ici non seulement le travail de l'infirmière en collaboration avec d'autres, mais également métacommunique sur l'accomplissement d'un rôle par

délégation, et sur l'accentuation de la notion qu'une bonne infirmière n'abandonne pas non plus son client. Le conseil prodigué par I₁ accomplit une autre tâche, celle d'instruire l'aidée sur une stratégie parallèle visant à montrer au professeur de stage que A₃ est encore très intéressée à sa cliente, et qu'elle est capable d'initiative, augmentant ainsi ses propres chances de réussir son stage: « Peut-être qu'elle attend de voir qu'est-ce que toi, tu vas faire. Si toi ... *tu vas lui en parler*, peut-être qu'elle va penser, bon, c'est un geste ... ».

Deux aidantes ont également cerné la parole à produire par l'entourage, I₁ en mentionnant la professeure de stage: « Peut-être *qu'elle pourrait te donner* des trucs d'interventions. » et I₃, en soumettant: « J'ai *un livre qui va t'expliquer* quelques formules... ». Le crédit à la parole des « autres » permet le signalement de l'expertise de ces derniers ainsi que la leur pour la transmission de cette information.

5.2.4 Les intervenantes en relation avec A₄

Le fil menant de l'exploration de la parole à la formulation d'un conseil accentuant la parole à produire est repérable également dans les entrevues avec A₄. Après avoir exploré « ... en as-tu parlé avec l'infirmière? » et fait suivre immédiatement « Et ton prof., dans tout ça? », I₃ suggère plus tard; « Peut-être *tu pourrais en parler* à ton prof., puis *rencontrer* l'infirmière? », non sans indiquer à l'aidée que celle-ci agit trop en solitaire: « ... d'après ce que tu m'as dit, ... ils devraient accepter leur relation parce que c'est ce que tu penses, c'est bien ça? ». D'ailleurs cette dernière remarque est une reprise d'un argument antérieur qui avançait: « Mais tu ne sais pas jusqu'où est allée leur relation ... tu n'as pas discuté... ». Le double conseil accentuant la nécessité pour l'étudiante de développer son habileté: « *à parler, à communiquer...* Parce que la *communication* est très essentielle... », clôt pour ainsi dire la séquence sur l'importance de la collaboration en équipe pour une étudiante et le danger pour une étudiante de ne se fier qu'à son idée. Par cette approche, l'aidante signale son rôle de guide et propose sa propre représentation de ce qui doit être dit dans le contexte dans lequel performe l'aidée.

Dans l'interaction entre I₂ et A₄, l'intervenante dit à l'aidée: « il faut quand même, eh, se calmer ... puis tout simplement *raconter comme* toi tu m'as raconté ici..., la *faire comprendre*, ta bonne intention ». Cette séquence réitère une exploration antérieure de

l'aidante, entrecoupée de ses commentaires sur des réactions jugées inefficaces: « C'est très sérieux. Tu es très fâchée, pis ça t'affecte beaucoup, d'après moi. ». D'ailleurs l'exploration suivante « À qui as-tu pensé parler? » avait amené l'aidante à répondre à l'aidée qui voulait parler à son professeur: « Ton professeur, tu as dit qu'elle ne veut pas s'en mêler », et I₂ de poursuivre, « le conflit, tu l'as eu avec qui?, et « Je pense que c'est avec elle que tu dois le *régler* », « elle » sous-entendant l'infirmière-chef. Par son commentaire, donc, I₂ instruit l'aidée que pour réussir sa stratégie langagière, A₄ doit premièrement se calmer, puis tout expliquer en détail, et sa bonne intention et surtout le fait que le client n'a pas appris d'elle la raison de son déménagement, dont l'importance pour I₂ avait déjà été indiquée par: « Tu ne savais pas que c'était pour être tenu secret », et: « Donc ... il ne l'a pas su de toi non plus ». Il s'agit ici de fournir à l'aidée une stratégie acceptable socialement pour ne pas être renvoyée. Ici, l'aidante actualise un rôle d'enseignante capable d'informer l'aidée sur comment transiger par la parole afin de sauvegarder son statut d'étudiante.

I₁ ayant demandé si l'aidée a consulté la personne liaison entre les étudiantes-infirmières et la direction, à l'École, lui conseillera à nouveau de lui parler: « Qu'est-ce que je te suggère... c'est d'aller voir Marthe... *aller discuter* avec elle... *lui demander* qu'est-ce que tu peux faire... » ainsi que: « ce serait aussi une bonne question aussi à *parler* (sic) à Marthe. ». Ici, l'aidante signale à l'attention de l'aidée une ressource dans le camp de l'administration scolaire, une sorte d'alliée, dont le pouvoir peut faire contre-poids à celui de l'infirmière-chef qui menace de renvoyer l'aidée, information qui n'est pas à négliger dans la solution du problème.

Un thème nouveau et particulier à I₃ est celui de la tenue d'une réunion entre les parties concernées dans le problème, suggérée à deux reprises: « ... ou *parler* avec le prof. et *avoir une table ronde*, comme ...on pourrait discuter du problème ... », et « ... on pourrait faire une table ronde, puis il pourrait donner son opinion ..., (*donner*) *ton opinion*. Puis le prof. pourrait être là... Peut-être quelques autres infirmières ... ». L'introduction par I₃ du thème de la table ronde pourrait en l'occurrence signaler un style d'approche lui appartenant en propre, l'aidante étant d'origine haïtienne. Ce faisant, elle renseigne A₄ sur une façon collective de produire de la parole pour solutionner un problème particulier, c'est-à-dire dans ce cas-ci par la création d'un lieu social où discuter ensemble, par distinction avec une approche en dyade où la personne rencontre individuellement une succession d'interlocuteurs.

Selon les intervenantes, l'environnement social est censé produire de la parole pour aider à la solution du problème. I₁ dira, en parlant de la personne liaison à qui elle réfère l'aidée: « Peut-être *qu'elle peut, soit parler à ton professeure, soit parler à la doyenne, soit... te donner des conseils* avec cette infirmière-là. », accentuant le rôle que cette dernière peut remplir par son activité langagière. I₃ conseille à l'aidée d'écouter la parole des autres, qui est signalée en opposition avec l'individualité dont a fait preuve l'aidée en stage: « ... ne pas te laisser emporter juste avec ton opinion. Puis *écouter l'autre* aussi. ». Il s'agit d'une information sur le fonctionnement social dans l'institution où l'aidée novice a, d'après l'aidante, agi sans consulter les autres: « Tu pensais que c'était bien, puis tu n'as pas discuté, qu'est-ce que tu penses? ».

Il nous semble donc que les suggestions des aidantes servent de renforcements sur la constance du comportement langagier dans les contextes actuel, passé et futur. Tout d'abord, les conseils donnés sont cohérents avec le lien établi par l'aidante entre le problème de l'aidée et une difficulté quelconque au sujet de la production de la parole. Il s'agit en sorte de l'identification de la nature du problème vécu par les aidées qui marque leur rôle dans l'interaction actuelle. La production de la parole semble investie par les aidantes de propriétés dynamiques essentielles à la bonne marche des événements sociaux, et sa nature est très activement appréhendée par les intervenantes, les actes de parole servant de phare éclairant les êtres sociaux dans leur particularité de locuteurs. Les relations de pouvoir entre les acteurs sociaux sont également ciblées par les références à la parole. Par ceci, les aidantes dressent une carte social du comportement humain dans les institutions et renseignent les aidées sur certains codes le régissant.

Ensuite en focalisant sur la parole à produire, l'intervenante responsabilise l'aidée dans le dénouement de son histoire, la relation d'aide étant ici représentée comme un temps de réaffirmation de cette responsabilité. Les conseils formulés par les intervenantes marquent quant à eux l'expertise de l'aidante et son statut de conseillère-juge sur la performance de l'aidée et ils suggèrent des avenues de comportements paroliens plus adéquats. La relation d'aide est donc comme un lieu où simultanément les aidantes de notre étude responsabilisent et dirigent les aidées, définissant leur statut à la fois comme auteures de parole et réceptrices des conseils prodigués.

5.3 La référence à une situation ultérieure de parole

Une catégorie de références à la production de parole à avoir été observée dans le contexte de chacune des douze dyades est celle où les aidantes ont annoncé un suivi ultérieur à l'entretien actuel. Au nombre de quarante-sept (n=47), ces commentaires remplissent une fonction pragmatique dont nous proposons d'interpréter ici l'émergence. Le tableau XII donne la répartition des références entre les participantes. Il nous a semblé que l'événement en cours, bien qu'il se déroule au présent, et qu'il soit un tout en lui-même, s'inscrit aussi dans une chaîne globale d'événements où il faudra que les participantes échangent à nouveau en se parlant. Pour les intervenantes de l'étude, l'événement en cours exige cette répétition pour rencontrer sa finalité essentielle. Les aidantes signalent ainsi le contexte à venir d'une prochaine rencontre, que ce soit par téléphone ou par une rencontre face à face.

TABLEAU XII FRÉQUENCE DES RÉFÉRENCES À UNE SITUATION ULTÉRIEURE DE PAROLE

INTER- VENANTE	AIDÉE				
	A1	A2	A3	A4	TOTAL
I1	6	3	5	2	16
I2	1	6	3	2	12
I3	3	3	6	7	19
TOTAL	10	12	14	11	47

Nous rapportons ici quelques exemples de ces appels à la production ultérieure de la parole. I₁ dit: à A₁: « ... *tu peux* regarder ces deux options-là, puis *m'en reparler, me dire* qu'est-ce que tu as trouvé », ainsi que: « j'aimerais ça que tu reviennes me voir... *pour discuter* »; à A₂: « Si tu veux, *tu peux venir* me voir la semaine prochaine, *puis jaser* de ça », et « j'aurai des nouvelles... puis *tu me dis* comment ça va. »; à A₃: « ... je vais te laisser ma carte, ça fait que *tu peux m'appeler... et me dire* comment ça été », et: « tu

pourrais venir me voir et *je pourrais discuter* avec toi... »; à A₄: « Si jamais il y a quelque chose,... viens donc me voir, puis *on peut continuer à discuter* ».

I₂ formule sensiblement une même requête: « *Vas-tu me tenir au courant* de ce qui se passe? » (A₁); ou: « Ben, *on peut s'en parler* », et « *on peut s'en reparler* » (A₂); et avec A₃: « Donc, eh, je veux te voir la semaine prochaine, *tu vas m'en donner des nouvelles* ». Et finalement avec A₄: « ... tu vas aller parler à l'infirmière-chef, puis *tu vas venir me voir* », ainsi que: « *tu peux m'en donner des nouvelles* ».

De façon similaire, I₃ transmet aux quatre aidées cette même information. Avec A₁: « .. si tu as toujours besoin d'aide, *tu peux me téléphoner*, puis prendre un rendez-vous avec moi », et: « si ça ne marche pas, on pourra *discuter*. Ou encore, envers A₂: « Tu pourrais venir me voir ... oui, oui, *pour me parler* de comment ça s'est passé ». Également, avec A₃: « comme ça, *on va en discuter* lundi ». Et finalement avec A₄: « *on pourrait s'en reparler* davantage. » et: « *appelle-moi*, j'aimerais ça savoir ».

La première mention de l'éventualité d'une autre rencontre a généralement été soulevée vers la fin des interactions, ce qui laisse envisager l'annonce implicite de la conclusion de l'événement en cours. Mais l'incidence de deux exceptions, notées chez I₁, où la référence se produit vers la mi-temps de la rencontre avec A₁ et A₃, nous a permis de proposer une interprétation plus globale de l'appel à un échange ultérieur pouvant rendre compte de ces exceptions. Nous avons ainsi remarqué que chacune des références à une future rencontre semble se produire lorsque l'aidante a cerné des éléments de solution au problème de l'aidée. Ainsi, la remarque sur un autre événement où il faudra reproduire de la parole semble marquer un point où l'aidante cible présentement une solution possible au problème de l'aidée. Donc, les intervenantes de notre étude suggèrent cette autre rencontre comme moyen de rendre compte de résultats obtenus après la relation actuelle. Il est sous-entendu qu'entre la fin de la rencontre actuelle et le début de la prochaine rencontre, l'aidée accomplira quelque chose en parlant, et elle s'en rapportera, si elle le désire, à l'aidante. Nous pensons ainsi que la remarque signale une représentation de l'aidante qu'une réponse au problème de l'aidée a été identifiée et que l'événement peut se terminer puisque son but a été atteint.

Mais la mention d'une autre rencontre où l'aidante devra produire à nouveau de la parole peut singulièrement évoquer un sens paradoxal à l'événement actuel, celui d'insinuer

que les solutions soulevées ne sont pas des certitudes, donc que les buts de la rencontre n'ont pas été pleinement atteints, ce qui pourrait à la limite minimiser l'impact de son rôle et de son expertise à aider. Il faut en effet se demander ce qui motiverait des aidées à se réinvestir dans un événement dont l'efficacité est imprévisible? En même temps, ces appels laissent entendre qu'entre l'événement actuel et l'événement ultérieur, un nouveau contexte se créera si l'aidée change quelque chose dans sa vie, ainsi qu'il en a été discuté durant les entretiens. L'événement anticipé différera donc de l'événement actuel, puisque l'aidée, et par conséquent l'aidante, ne pourront plus interagir tout à fait de la même manière, redonnant à l'expertise de l'intervenante l'occasion de se réinventer. Mais l'événement ultérieur ne doit pas perdre non plus sa caractéristique rituelle de sens partagé entre les locuteurs, ce qui peut arriver lorsque les co-locuteurs ont des représentations très différentes du même événement dont ils ne reconnaissent ni l'unité symbolique, ni l'unité sémantique. Nous pensons que la référence actuelle à la nécessité de produire à nouveau de la parole à un autre moment accentue un lien entre ces deux événements de façon à marquer leur unité de sens.

Puisqu'il s'agit ici d'un jeu de rôle, et que les requêtes pour des suivis ultérieurs sont en principe inappropriées à ce cadre, nous devons conclure qu'elles sont utilisées pour marquer l'événement de relation d'aide comme tel. En somme, les intervenantes continuent de se montrer dans leur rôle d'aidante, et indiquent implicitement aux aidées que leurs rôles respectifs peuvent se projeter dans le futur, durant un événement qui ressemblera à celui-ci par la reproduction de la parole. En effet, la référence à la parole future indique qu'après avoir tenté de résoudre son problème, l'aidée doit aussi accomplir des actes de parole pour que se reproduise l'événement futur, ce qui est en somme sa responsabilité. Par exemple, elle doit, soit appeler, téléphoner, donner des nouvelles, tenir au courant, etc, si elle désire un suivi. Un principe à la fois déontologique et théorique auquel sont initiées les étudiantes durant leur formation, et à partir duquel leur performance est évaluée, est la nécessité d'assurer un suivi après une intervention infirmière, pour évaluer leur plan de soin. En proposant un tel suivi durant leurs entretiens, les intervenantes appliquent ce principe, sa régularité dans les références indiquant que les intervenantes répondent ainsi à un aspect idéal de la pratique infirmière.

L'appel à la répétition de l'événement permet la métacommunication sur la perméabilité de l'événement actuel, qui n'est plus encadré hermétiquement dans le présent, mais constitue un maillon dans une série d'événements de parole à venir. Les messages

envoient l'information que la production de parole sera à nouveau requise, et indiquent que l'événement à venir s'accomplira dans la lignée de l'événement actuel.

CHAPITRE VI

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

La formation à la communication infirmière-client constitue une partie intégrale des programmes d'enseignement en sciences infirmières, à l'université comme au collège. Notre recension des écrits fait cependant état de la difficulté de l'infirmière graduée à communiquer adéquatement avec ses patients. Des facteurs internes et externes y sont dénoncés, pointant une carence dans les programmes de formation, un manque d'entraînement et d'habiletés communicationnelles ainsi que la présence de traits individuels et psychologiques caractérisant les infirmières.

A un tel discours, s'oppose cependant une perspective différente, plus marginale, situant la problématique au niveau même des modèles de communication proposés durant la formation des infirmières. En effet, selon Cormack (1985), ce n'est pas l'infirmière ni sa formation qui sont en cause, mais plutôt l'existence chez elle d'un cadre de communication différent de celui qui lui est proposé, lequel est accepté par les psychologues et les travailleurs sociaux, ce qui expliquerait leur résistance. Fielding & Llewelyn (1987) avancent même que les infirmières possèdent un modèle culturel différent de ce qu'aider signifie et ils font l'hypothèse d'une méfiance inhérente chez les apprenants qui font face au style de communication que l'on essaie de leur inculquer. Mulholland (1995) reproche aux tenants de l'approche humaniste d'en avoir moralisé l'adoption au détriment d'une analyse sociale complémentaire de la réalité du monde des infirmières. Symonds (1995) attribue l'exclusivité de cet intérêt humaniste à la prédominance de la science médicale et à son discours biologique et psychologique.

Le problème ainsi défini a suscité chez nous la confusion essentielle qui allait nous inciter à observer par nous-mêmes des moments de communication infirmière-client, et à nous engager dans un exercice visant à isoler et définir des concepts hypothétiques. Une fois les enregistrements et leur transcription terminés, nous avons posé sur nos données un regard guidé par notre désir de voir dans quelle mesure il y avait émergence de phénomènes indiquant la présence d'un cadre de communication parallèle à celui proposé par la science psychologique pour la relation d'aide. Nous avons consciemment choisi de nous investir dans une telle démarche lorsque nous avons remarqué la récurrence d'un phénomène

particulier, celui de la référence répétée des intervenantes à une activité humaine qui consiste à parler dans une variété de contextes. En accord avec une approche ethnologique de la communication, nous avons ainsi procédé à la description et à l'analyse de notre corpus, ainsi que le rapportent les chapitres IV et V de notre exposé.

Cette même approche nous a également amené à présenter un compte-rendu d'une observation parallèle à nos données, celle du silence des participantes sur le fait que la situation les réunissant consistait en un jeu de rôle. En effet, il est généralement admis que la situation détermine la nature des propos des locuteurs y étant impliqués. Nous avons l'impression de nous trouver face à deux situations imbriquées l'une dans l'autre, soit celle de la relation d'aide et celle du jeu de rôle que rendaient les participantes. Or, aucune référence directe à la simulation ne fut notée. Le chapitre III expose nos impressions sur ce maintien du silence.

Dans ce qui suit, nous reprendrons sommairement les thèmes analysés en y greffant certaines propositions que nous avons dégagées suite à notre analyse. Ensuite, nous nous pencherons sur les cadres conceptuels ayant supporté notre quête de signification. Puis, nous réfléchirons sur les critères méthodologiques qui soutiennent notre thèse. Nous décrirons ensuite les retombées concevables de notre discours dans le développement ultérieur de la connaissance ainsi que nos recommandations à cet effet.

6.1 Les thèmes de la recherche

Toutes les participantes à notre étude ont gardé le silence sur le fait que la situation qui les réunissait était commandée par une fiction. C'est dans ce sens que nous parlons de praxis de silence. En effet, le silence observé nous est apparu comme un acte d'abstention essentiel au déroulement de la pseudo-activité de relation d'aide. Le maintien du silence, autant par les intervenantes que les aidées, signale l'existence d'un cadre déterminant pour l'actualisation de la relation d'aide, qui ne peut avoir lieu si les locuteurs se disent qu'ils jouent.

Notre discours sur le thème du silence doit être envisagé dans une optique exploratoire, et non comme une explication théorique. Ainsi, l'incitation au silence transcende la situation, pour y inclure l'influence de facteurs venant de contextes variés. Nous avons rapporté la tendance à la biassociation, une dimension de l'expérience

personnelle, comme permettant à la personne de naviguer avec aplomb dans des situations à logique contradictoire. Nous avons interprété le silence comme étant lié à la présence de la caméra, symbole de la présence du chercheur, elle-même une présence silencieuse qui a pourtant un pouvoir d'influence sur les pratiques verbales des participantes. Nous avons également lié ce silence à celui ayant cours dans les institutions connues des participantes et dans la sphère des représentations macrosociales. Parallèlement au signalement des contextes, nous avons interprété les relations interpersonnelles s'y déroulant en vertu de cette règle du silence. Paraphrasant Bateson, nous avons conclu que les conditions requises pour dire la vérité sur la fiction entourant l'événement actuel n'étaient pas présentes, d'où le maintien du silence.

Nous avons fait un rapprochement avec Goffman (1974) pour qui le jeu procure un encadrement à l'intérieur duquel mentir devient une norme de transformation consciente affectant le comportement interactionnel dans la simulation. Nous croyons ainsi que le silence n'est pas l'objet du discours de nos participantes mais le moyen pragmatique leur permettant une transformation de leurs interactions dans le mode du jeu. L'absence de commentaire sur le jeu ne peut donc s'inscrire dans le domaine du mensonge ni dans celui de la prétention. Selon nous, le silence traduit ici un acte d'identification à un rôle. Comme le souligne Bourdieu (1981), l'identification intime à un rôle réduit la distanciation par rapport à ce rôle. Pour les intervenantes, déjà en troisième année de leur programme, exprimer explicitement que leur relation d'aide est une pure fiction aurait traduit une distance par rapport au rôle de l'infirmière, ou plus précisément à une représentation de ce rôle. Déjà acclimatées à celui-ci par le biais de laboratoires de communication et de stages récents dans une unité de soins psychiatriques, la situation en cours peut s'inscrire dans l'ordre de la relation d'aide, ce qui leur permet de soustraire leur expérience de la fiction. Pour ce qui est des aidées, leur silence est peut-être davantage déterminé par le silence même des intervenantes, l'adoption du rôle d'aidante les guidant, en exerçant une contrainte minimisant le potentiel de leur divulgation.

Quant aux références des intervenantes à la production de la parole, nous en avons interprété les occurrences et conclu à une praxis de signalisation de quatre contextes et de relations interpersonnelles s'y déroulant: la situation immédiate; l'histoire problématique fictive des aidées; la solution du problème des aidées; la tenue d'une seconde entrevue semblable à celle-ci.

Les intervenantes marquent la situation immédiate par deux types majeurs de références à la production de la parole: la leur est pointée par l'emploi du « je dis » ou d'expressions synoptiques traduisant leur rapport au fait qu'elles parlent; la parole prononcée par les aidées est notifiée par l'emploi du « tu dis ». Un troisième type de propos référentiels, moins important, est observé alors que les aidantes se réfèrent à la parole conjointement produite, ainsi que l'indique leur usage du « nous disons ». Finalement un dernier type de référence, négligeable en nombre d'occurrences, a toutefois été commenté pour son signalement d'un éthos macro-social.

Cela semble une évidence de caractériser la relation d'aide comme un événement de parole. Ce que nous avons cherché à préciser ici est la fonction qu'il convenait d'attribuer aux commentaires des intervenantes sur cette production. Nous y avons détecté une métacommunication pour cibler leurs rôles et ceux des aidées durant l'entretien.

Ainsi, les références au « je dis » servent aux intervenantes à diriger les aidées vers les fins qu'elles envisagent en tant qu'aidantes et la nature de leurs relations se trouvent ainsi imprégnée du caractère d'expertise et d'autorité qu'elles s'octroient à cet égard. Cette façon de faire s'éloigne d'une vision psychologique de l'événement en cours en raison de la direction qui y est exercée par les intervenantes. Quant aux références au « tu dis », nous y avons vu un moyen de responsabiliser l'aidée par le biais de sa production de parole. La focalisation sur le statut de locutrice de l'aidée s'effectue toutefois un peu trop au détriment du soulèvement des composantes affectives du problème de l'aidée pour que soit renforcée ici une approche d'inspiration psychologique. En fait, les références au « tu dis » renvoient simultanément à une sélection de ce qui, dans les propos, mérite qu'on s'y attarde, faisant ainsi office de direction de l'entretien. Le « tu » semble investi de caractéristiques sociales interactives et sa réalité psychologique est peu confirmée. Quant aux références au « nous disons », nous reconnaissons avoir pris une certaine liberté en associant leur rareté à l'absence de distinction des rôles qui en résulte.

Les intervenantes ont également signalé des contextes qui sont extérieurs à la situation immédiate, bien qu'ils y soient intrinsèquement liés. Toutes les trois proposent un suivi à la situation actuelle, afin de produire ultérieurement de la parole. Cette clôture semble insinuer que la rencontre a atteint son but, et paradoxalement, que les solutions envisagées ne sont pas des certitudes, marquant de ce fait la perméabilité de l'événement actuel et sa ressemblance avec l'événement futur.

Les aidantes explorent toutes trois la nature de la parole prononcée par les aidées et les personnes impliquées dans leur histoire problématique et elles lient la compétence langagière des aidées à l'apparition de leur problème. En examinant la parole prononcée avant l'événement en cours, les intervenantes proposent aux aidées leurs interprétations de ses liens avec leurs réseaux personnels.

Les aidantes identifient également la solution du problème comme devant passer par l'expression de la parole dans l'environnement social de l'aidée. Le fait est intéressant, car le but ultime de la relation d'aide est d'amener une personne à trouver une solution à ses problèmes ou de provoquer un changement personnel qui influencera l'aidée dans ce sens. Ceci s'accomplit dans l'immédiat de l'entretien. Or le type de solution envisagé par les aidantes de notre étude implique la production de la parole après qu'ait eu lieu l'entrevue actuelle. Elles y présentent la parole comme un outil dynamique et stratégique de fonctionnement à l'intérieur de situations sociales. Il est suggéré aux aidées que la saisie cognitive de cette « réalité » leur permettra de régler la situation ayant justifié la tenue de la consultation et de fonctionner en société.

En accomplissant cela, les aidantes s'éloignent du paradigme psychologique de la relation d'aide qui, d'après Egan (1987) vise la solution des problèmes à partir d'un cadre souple, psychologique et humaniste, le rôle de l'aidant n'étant pas de « ... refaire la vie de son client, mais de l'aider à s'occuper de ses problèmes selon ses valeurs personnelles » (p.16). En instruisant l'aidée sur les façons de se comporter en société, la parole étant ici la forme de ce comportement, les aidantes de notre étude enseignent et proposent aux aidées de nouvelles représentations de leurs actes antérieurs. Durant les entrevues, les aidées rapportaient des inquiétudes psychologiques face à des aspects particuliers de leur vie. Les conseils quant au besoin de parler aux bonnes personnes, de la bonne façon et au moment opportun, sont présentés comme des stratégies de comportement social non soumis à une découverte du soi individuel. Nous sommes ici dans un monde où l'action a le pouvoir d'influer par ricochet sur l'émotion, et cette action est verbale, donc fondamentalement sociale. Peut-être y a-t-il, en effet, une faible distinction entre les composantes sociales et personnelles du soi des aidantes de notre étude. En somme, le succès de la vie personnelle des aidées et leur santé mentale, si on peut dire, semblent davantage être vus par les intervenantes comme étant en relation circulaire avec leur aptitude à s'adapter au monde social. Nos propres données tendent à supporter Khan, Steeves et Benoliel (1994) qui concluent que le langage du soin infirmier s'inscrit dans le langage de la culture en général.

En ceci, les intervenantes ciblent la production de parole comme investie d'un pouvoir social inéluctable. Celle qui sait comment s'en servir possède un outil politique entre les mains, alors que l'incapacité à le faire peut avoir des conséquences graves. La parole permet de distinguer les rôles des membres de certains groupes, de reconnaître leurs statuts en fonction de leur poids dans des contextes particuliers, en plus d'encadrer et de diriger les interactions. Ainsi présenté, le pouvoir des aidées dépendra plus d'une stratégie parolière d'adaptation aux environnements sociaux, plutôt qu'en confrontation immédiate. Ceci s'applique au cadre dyadique comme aux contextes environnants.

Nous avons également observé, en action, des intervenantes se comportant en agents sociaux possédant une information privilégiée. Une partie de leur discours consiste à en informer les aidées pour exercer sur elles une influence quelconque. Cette valorisation par les infirmières de l'acquisition de l'information a d'ailleurs été rapportée par Hagan (1991). Produire de la parole, une parole particulière qui consiste à informer et à diriger des aidées vers des solutions passant justement par la production la parole offre une représentation de la dyade comme un lieu où l'intervenante tente d'exercer un contrôle de l'environnement relationnel dans l'ici et le maintenant. L'information que l'intervenante possède vient de son expérience et de sa formation, deux facteurs de pouvoir qui s'acquièrent. En somme, les aidantes, toutes étudiantes qu'elles soient, envoient aux aidées, plus novices, une manifestation de leur expertise. Et l'énergie verbale qu'elles mettent à encourager la poursuite des études par les aidées, quel que soit leur problème actuel, atteste de leur représentation de l'importance de l'éducation et, peut-être, des stratégies verbales qu'elles ont utilisées elles-mêmes dans le cadre de leur propre formation, pour maintenir leur rôle d'étudiante.

L'événement de relation d'aide devient également un lieu où l'aidée est initiée par l'aidante aux difficultés de la vie, celle d'infirmière, mais aussi celle de femme, d'épouse, de fille, etc. Bourdieu (1981) avance que des conditions de vie presque inhumaines existent dans les institutions, en partie parce que les personnes y travaillant les perçoivent comme inévitables. Bien que n'allant pas aussi loin, les intervenantes dressent tout de même, en ciblant les conditions et stratégies de la production de la parole, une image à la fois naïve et courageuse de la vie en société. Commençons par la dyade où l'aidante incite l'aidée à raconter ses problèmes logiquement, quitte à lui refléter au besoin les incohérences de son discours, et à rapporter les propos des personnes impliquées dans son histoire, comme si ceux-ci détenaient une légitimité quelquefois supérieure à celle de l'aidée. Poursuivons avec

les représentations des attentes que les milieux exercent, presque en droit, envers les novices et les patients. Et nous nous trouvons face à un monde exigeant, voire même exploitant, où la production de la parole est cruciale. Le simple fait que l'aïdante y fonctionne elle-même et donne des conseils à ce sujet devient un exemple.

6.2 Les cadres conceptuels

6.2.1 L'approche multi-contextuelle

Nous avons opté pour un cadre multi-contextuel d'analyse de nos données puisqu'il nous permettait d'exposer l'unité fondamentale du continuum situationnel-macro-social. Plus nous nous investissions dans notre analyse de la situation, plus il nous devenait difficile de séparer la situation de son contexte macro-social, tant ce dernier prenait vie dans la dyade. En même temps que les références à la production de la parole devenaient des bornes délimitant ces contextes, elles nous rendaient possible la reconstruction d'une trame temporelle réunissant dans le présent de l'entrevue, les événements du passé des aidées, ainsi que des événements à produire dans le futur.

La conception paradigmatique contemporaine adoptée par les professionnels de la santé définit la situation de relation d'aide comme une expérience de croissance personnelle. En accord avec les principes du libéralisme, le développement de l'autonomie individuelle et la croyance dans le contrôle personnel sur les événements sont centraux dans l'actualisation de la relation d'aide. Pour répondre à cette attente, l'entrevue doit donc se centrer sur le client, ses perceptions et émotions durant les interactions. Ainsi, l'aïdant exerce une fonction de partenaire et de miroir réfléchissant, sans exprimer d'opinions personnelles ni de jugement de valeur.

Nos observations ont montré que contrairement aux impératifs du paradigme précédent, les intervenantes de notre étude accordent un temps interactif évident à l'exploration des facettes de l'histoire antérieure rapportée par les aidées, ainsi qu'à la description d'un futur où le problème sera solutionné à l'extérieur du cadre de l'interaction. Le contexte de la situation se définirait davantage chez elles en terme d'ailleurs que d'ici.

Cet ailleurs est plus social que psychologique dans ses fondements. Le passé est amplement examiné et ce, sous plusieurs angles, et cette investigation est en soi une sélection de thèmes parmi un ensemble possible d'événements antérieurs. Les propos des aidantes sont alors des évaluations plus ou moins implicites des comportements antérieurs des aidées, l'intervenante donnant l'impression d'avoir rapidement saisi où il y a problème. La solution suit logiquement l'évaluation que l'aidante se fait du problème et consiste en une instruction sur comment l'aidée pourrait se comporter, en parole, pour régler son problème. La situation immédiate semble donc être une occasion où le rôle de l'aidante consiste à interpréter l'événement problématique et à guider l'aidée, la solution du problème ne passant pas par un changement personnel mais plutôt par l'acquisition de nouvelles stratégies langagières à accomplir ailleurs. La conclusion que nous pouvons tirer ici est qu'en effet, nos sujets semblent posséder un certain modèle intégré de ce qu'aider veut dire que n'a pas modifié leur formation actuelle qui propose un modèle psychologique de la relation d'aide. Ce modèle pourrait bien consister en une certaine difficulté à séparer artificiellement les événements de la vie humaine. Ce qui rendrait compte de leur résistance à adopter une approche centrée sur le client dans un cadre situationnel où « l'ici et le maintenant » devient crucial pour supporter les changements souhaités. Les actes paroliens marqués montreraient l'unité et la perméabilité des événements actuels, passés et futurs, lesquels événements sont nettement représentés par les intervenantes comme appartenant à l'ordre du social.

Il est à noter que la structure globale observée ici par les aidantes durant leurs relations d'aide est conforme aux attentes généralement entretenues pour ce genre d'occasion. Ce qui nous incite à dire que la forme respectée par chacune des intervenantes semble être une caractéristique importante de la situation. Comme étudiantes, les participantes ont été familiarisées avec la procédure et le contenu de l'entretien d'aide selon l'approche psychologique répandue. La structure d'un entretien, avec son début, son déroulement et sa conclusion sont des aspects qui sont peut-être plus naturellement productibles et reproductibles pour les aidantes de notre étude que ne le sont les particularités de l'approche psychologique centrée sur le client. L'interprétation de ceci nous reste obscure. Ce n'est peut-être pas la forme de la relation d'aide qui est appliquée ici, mais un autre type d'événement qui s'en rapproche structurellement, lesquels en se confondant, produisent le genre d'entrevues enregistrées. La formation de l'infirmière à l'université insiste sur l'importance de la démarche structurée de soins infirmiers où l'inventaire des comportements du client est crucial. Ceci permet l'identification d'un

problème, la planification d'une approche, l'accomplissement des soins puis l'évaluation. Cette trame semble offrir un cadre à l'expérience de la relation d'aide. Ainsi, l'identification du problème ayant été située au niveau d'une activité sociale médiatisée par la parole qui y fut prononcée, sa solution s'accomplira conséquemment par la parole, après la tenue de l'événement en cours. Il se peut également que les modèles sociaux de la relation d'aide véhiculés par les médias détermine la tendance des aidantes de notre étude à opposer les rôles d'aidantes et d'aidées, la parole étant un outil d'attribution des statuts respectifs durant un entretien. Il nous est impossible d'attribuer un tel constat au fait que notre échantillon soit entièrement féminin, nos données ne cadrant pas avec l'étude de Hagan (1991), qui soutient que les infirmières valorisent davantage la transmission des connaissances que les aspects psychologiques et environnementaux pour modifier certains comportements de patients. Certes, les sujets de notre étude ont tendance à négliger explicitement l'aspect psychologique, mais elles montrent un intérêt indéniable pour les facteurs sociaux, qui ont eux-mêmes un impact psychologique inéluctable, et dont la production de la parole est l'essence. Nos données ne cadrent pas non plus avec Maltz et Borker (1982, cité par Giles et Coupland, 1991, p.11) qui distinguent le style de communication des femmes et des hommes à l'écoute des problèmes des autres, en attribuant aux premières une tendance au partage de leurs expériences, plutôt qu'à fournir suggestions et conseils.

L'échantillon de l'étude de Hagan ne comprenait que 32% d'infirmières ayant un baccalauréat. Or, c'est précisément ce groupe que vise notre étude. Il est possible que l'expertise et le prestige attribués à la formation universitaire apportent une certaine assurance à l'intervenante qui se sent autorisée à informer l'aidée de ses interprétations du monde du social.

6.2.2 L'approche pragmatique et la métacommunication

Nous avons opté pour un cadre d'analyse exclusivement pragmatique. Notre intérêt de recherche combiné au devis que nous avons construit laissent peu d'ouverture à d'autres formes d'analyse. Tout d'abord, notre questionnement initial visait l'intervenante et son comportement verbal dans le cadre d'une relation d'aide. Ensuite, la cueillette de nos données par jeu de rôle rendait presque impossible l'analyse ultérieure des commentaires des

aidées, en raison de leur contamination par les directives du chercheur et de leur apprentissage des scénarios fictifs. La combinaison de ces deux facteurs auxquels il faut ajouter les degrés différents de compétence en français des intervenantes, rendait impensable une analyse détaillée de la forme des échanges verbaux. D'où notre engagement dans une ethnologie pragmatique de la communication, selon les paramètres proposés par Gumperz et Hymes. Nous avons été, au début, passablement surprise par le fait que les actes de parole qui allaient constituer nos données étaient, en eux-mêmes, des commentaires sur la parole, une sorte de métacommunication, si l'on veut, sur la place de la parole et du silence dans les contextes visés.

Une analyse pragmatique nous permettait ainsi de situer les deux phénomènes ci-haut mentionnés dans un cadre de praxis des aidantes, signalant non seulement les contextes, mais aussi les relations qui s'y entretiennent. À cet effet, les tâches discursives de Gumperz (1989, b), telles qu'enseigner, accentuer, diriger,... etc, offraient une assise pragmatique utile à notre analyse. Elles permettaient d'encadrer les phénomènes observés dans une marge limitée de significations et de garder le cap des interprétations sur certaines catégories de fonctions langagières. Ces mêmes tâches nous permettaient en plus de greffer aux pratiques étudiées des intervenantes, la notion de métacommunication de Bateson, centrale pour nous, à la compréhension de la communication. La métacommunication s'avère être un comportement qui s'insère au coeur de la signification fonctionnelle des références à la parole, ainsi qu'à celle du maintien du silence, car nos données confirment que les messages digitaux se doublent de messages supplémentaires sur la signification de ces messages, ainsi que le rapportent, entre autre, Bateson et Watzlawick. Selon nous, la triade pragmatisme-tâche discursive-métacommunication rend possible un discours sur la communication et les pratiques de l'aidante, ainsi que nous l'avions anticipé.

Il nous faut cependant élargir la limite imposée par nos cadres d'analyse, lesquels, s'ils mènent à l'élaboration d'un discours approprié à notre questionnement, ont comme potentiel de nous piéger dans une réduction à outrance de la complexité des facteurs qui coexistent durant des situations de relation d'aide. Habermas (1987) propose en effet une recherche des principes abstraits de l'organisation sociale, prétextant que l'on ne peut tout réduire à l'instrumental ou à la stratégie. Il parle de compétences pratiques morales, c'est à dire de l'incitation à « bien » se comporter. Nous avons pris pour acquis que les intervenantes avaient comme motivation de « bien faire », en fonction de la situation.

L'approche pragmatique que nous avons adoptée ne nous permet pas d'offrir de conclusion sur la morale des références à la parole, seulement sur leur fonction dans l'interaction. Cependant, au-delà, ou à l'interface du sens fonctionnel des phénomènes observés, il y a la culture, ce que Habermas (1987) apparente à la provision disponible du savoir où les participants puisent leurs interprétations. Dans les propos de nos intervenantes sur la production de la parole et dans leur silence, nous avons cerné, il nous semble, un processus culturel à l'oeuvre.

L'avantage du modèle pragmatique est qu'il nous permet de situer les références à la parole observées comme des symboles dynamiques de fonctionnement social, et non comme une simple reproduction de normes. À ce sujet, Giddens (1981) prétend qu'il faut s'éloigner d'une approche trop fonctionnaliste de l'interaction et des institutions, pour considérer plutôt ses aspects systémiques. Pour lui, les règles n'existent pas en tant que telles, mais comme des symboles de la dynamique des systèmes sociaux en relation. Nous nous joignons à cette croyance, et insistons sur l'ouverture dans ce sens que nous voulons donner à nos propres conclusions.

6.3 Les critères méthodologiques

Notre thèse montre en action trois intervenantes donnant la réplique à quatre aidées, durant une relation d'aide fictive. Parmi tous les phénomènes présents dans l'interaction, nous avons sélectionné deux objets d'analyse et nous avons procédé à leur description et interprétation en employant un discours pragmatique et multi-contextuel. Nous voulons maintenant commenter certains critères se rapportant aux caractéristiques méthodologiques de notre recherche.

Le filmage des entretiens et leur transcription ont permis une démarche d'objectivation de nos données. Nous pensons, en effet, qu'un autre chercheur, face à nos données brutes, serait en mesure de reconnaître les deux phénomènes de parole et de silence que nous avons décrits. Nous avons aussi emprunté des cadres d'analyses se basant sur des théories de l'ethnologie de la communication qui nous permettraient d'interpréter les données à l'intérieur d'un discours disciplinaire rigoureux. Notre méthode de collecte de donnée est compatible avec l'observation sur le terrain, et nous avons

respecté, ainsi qu'il apparaît dans le chapitre sur la méthode, les critères de crédibilité émis par Cicourel (1964) sur l'emploi du jeu de rôle comme source de données.

Notre analyse propose donc une interprétation des références prononcées par les intervenantes et du silence sur le jeu de rôle que nous avons observés. Leur signification pragmatique dans le signalement des contextes multiples et des relations que les personnes y entretiennent a été dégagée. Plutôt que de miser sur une reconnaissance de la validité de notre recherche, nous avons proposé les éléments de fiabilité qui sous-tendent notre analyse de chacune des catégories construites. Nous acceptons les définitions de validité proposées par Fortin (1996), en y substituant toutefois nos notions multicontextuelle et pragmatique. Ces construits s'agencent de façon à produire un discours logique et permettent l'argumentation soutenant l'analyse des deux phénomènes au coeur de notre étude. Notre interprétation mène à une preuve basée plutôt sur un consensus envers ses qualités internes que sur un argument scientifique quantitatif.

Il ne peut être question non plus de généralisation de nos interprétations au sens strictement statistique. La faible représentation de la population, à laquelle s'ajoute l'aspect de convenance de notre échantillon exclut tout espoir à ce sujet. C'est pourquoi nous proposons plutôt le vocable de transférabilité pour conclure que les phénomènes observés lors de notre recherche sont à la fois particuliers à notre échantillon, tout en s'inscrivant dans la trame déjà connue des phénomènes analysés par l'ethnologie de la communication et la discipline du soin infirmier. La probabilité pour que dans des situations similaires, les intervenantes émettent des références à la parole et gardent silence sur leur activité de jeu de rôle est, à notre avis, élevé.

6.4 Les retombées de la recherche

Nous voulons ici proposer un lien entre les deux phénomènes analysés dans le cadre de cette recherche et les champs disciplinaires de l'ethnologie de la communication, du soin infirmier et de la psychologie, tout en tenant compte des limites dont nous venons de nous entretenir.

Pour ce qui est de l'ethnologie de la communication, notre recherche, bien qu'étroite en étendue, permet tout de même de confirmer certaines propositions. Le développement d'une théorie générale de la communication exige, justement, la généralisation d'un discours sur ses contenus conceptuels et ses méthodes. Assurément, le thème de la production de la parole est au coeur de sa thématique, et notre recherche en confirme l'essence. La démarche établie par Gumperz et Hymes (1972), sur la relation entre une situation et la nature des actes de parole s'y produisant s'en trouve renforcée. Notre étude se positionne contre le cloisonnement de la situation et des contextes. La situation de la relation d'aide nous est apparue comme étant à la fois suffisamment particulière pour déterminer la forme actuelle des entretiens, mais assez globale pour être associée par les aidantes à une situation d'acculturation.

Évidemment, l'intérêt des intervenantes pour la parole et sa place dans les activités sociales est du domaine de l'ethnologie. Leurs pratiques de références à la production de la parole offrent des instantanés du partage des représentations du fonctionnement de systèmes en interaction, c'est-à-dire celui de personnes entre elles dans le cadre d'institutions méso-sociales. En fait, par leurs références à la parole, les aidantes de notre étude ont bien davantage ciblé les contextes institutionnels que ceux plus abstraits de la sphère macro-sociale, suggérant leur appréhension des normes sociales au niveau concret des institutions et de l'exercice des rôles. Notre étude montre en action un échantillon de jeunes femmes déjà enculturées à la valeur de la parole sur la place publique et au sein d'agrégats, ainsi que des enjeux sociaux qui s'y trament par son intermédiaire. Nous y voyons une confirmation que si la communication constitue l'un des systèmes de la culture, la parole est, pour nos aidantes, un moyen et une fin en soi. Un moyen d'acheminer la représentation de leurs mondes, et une fin en ce que la maîtrise de cette habileté est ouvertement valorisée.

Ce qui nous amène à la notion du silence et à sa place dans le maintien des activités sociales. Aux études de Jaworski (1993) et de Tannen et Saville-Troike (1985), nous apportons notre contribution par le biais d'une étude du silence en situation de jeu de rôle. Notre conclusion s'insère dans le discours de Goffman (1974) pour qui les simulations sont des expériences naturelles, des variations sur les situations réelles, dont on peut extraire des significations et des propriétés. À nos yeux, le silence ne constitue qu'un moyen à la disposition de nos participantes pour permettre aux variations de s'exprimer. Leur silence permet de donner libre cours à une transcription crédible d'un événement de relation d'aide,

aux échanges interactifs et à l'émergence des statuts appropriés. Se peut-il que certains événements de la vie réelle soient en eux-mêmes des transcriptions de modèles sociaux inscrits dans l'éthos culturel? Si cela était, la fonction du silence s'en trouverait appliquée aussi dans l'ordre du réel, ainsi que Wallace le propose.

Notre recherche, en décrivant les fonctions utiles de la référence à la parole et du silence ajoutent des dimensions qui s'opposent à l'exclusion de la nature fondamentalement sociale des participantes lorsqu'elles entrent dans une relation d'aide. Elle supporte l'élaboration de modèles complexes de relation d'aide qui respectent l'intégrité bio-psycho-sociale des clients tout en tenant compte des mêmes composantes chez les infirmières.

Quant au discours psychologique, l'apport d'une étude comme la nôtre peut nourrir une préoccupation déjà existante de la psychologie sociale pour l'humain enraciné dans un contexte social. Notre analyse peut contribuer à affirmer la confirmation du caractère interactif et social de la relation d'aide. Les aidantes de notre recherche semblent assimiler l'amélioration du problème de l'aidée à la production de la parole, le soulagement psychologique étant une résultante de cette parole. La conclusion que les infirmières ont du mal à communiquer de façon thérapeutique ou aidante doit être analysée dans une perspective limitée à un paradigme psychologique lui-même en évolution.

Ce qui semble évident, somme toute, c'est la nécessité d'un discours interdisciplinaire pour rendre compte des phénomènes essentiellement complexes de la communication durant une relation d'aide. La méthode utilisée pour cueillir notre matériel et pour interpréter les références à la parole et le maintien du silence sur le jeu de rôle peuvent se combiner à des approches disciplinaires d'orientation quantitatives pour étayer la quête d'une théorie générale de la communication humaine.

Notre projet s'inscrit dans une séquence historique de multiples recherches passées et à venir. Notre discours, limité aux cadres que nous avons utilisés pour rendre compte de nos observations débouche sur de nouveaux questionnements, lesquels, s'ils sont repris, dévoileront leur potentiel savant.

Tout d'abord, le caractère restreint de notre échantillon de femmes laisse entière notre ignorance sur la relation qui pourrait exister entre l'intérêt de nos aidantes pour la

parole, leur pratique socialisante de la relation d'aide et leur qualité de femme. De plus, s'il devenait possible d'expliquer, par une recherche appropriée, un tel lien, le déroulement d'une relation entre une infirmière et un client masculin pourrait devenir un objet d'étude important.

Ensuite, nous avons évacué toute la notion des caractéristiques ethniques, car il nous était impossible de les distinguer des facteurs personnels. Étant donné l'influence de la culture sur la communication et particulièrement sur le signalement des contextes, nous entrevoyons l'utilité de reproduire notre étude sur une plus grande échelle. Le fait que les trois aidantes de notre études aient émis des références à la parole et aient gardé le silence sur le jeu de rôle ne fait que retenir les similitudes de leur pratiques. Il pourrait devenir intéressant de modifier le protocole de notre recherche afin de pouvoir en explorer les différences.

Nos conclusions sur l'événement de parole étudié s'inscrivent dans un cadre où la dyade interactionnelle est une forme symbolique de communication où de multiples contextes se juxtaposent pour révéler les relations interpersonnelles. Notre observation de l'interaction entre les participantes a mis en lumière un comportement verbal particulier chez les locutrices tenant le rôle d'intervenante, celui de leur émission d'actes de parole au sujet de la production de la parole. Les interprétations proposées ici s'appuient sur une conception pragmatique des actes de paroles, à savoir que le locuteur-en-situation se comporte verbalement en combinant sa connaissance de la langue, à l'art de dire les choses cadrant avec sa représentation de leurs contextes, ainsi qu'à une connaissance de la culture, c'est-à-dire des structures sociales, des valeurs, des processus d'acculturation et des schèmes en vigueur dans un certain entourage. (Saville-Troike, 1982). En somme, lorsque les aidantes de notre étude font de telles références à la production de la parole, ce n'est pas sans suivre un programme déterminé par leur représentation, consciente ou non, de l'événement en cours. Elles accomplissent ainsi des tâches leur permettant de communiquer sur cette représentation.

Finalement, nos résultats mènent à une réflexion sur la formation des étudiantes-infirmières à la relation d'aide. Nos programmes sont actuellement construits sur un modèle métaparadigmatique reliant les concepts de client, santé, environnement et soin. Notre étude, contrairement à ce qu'avancent Pilette et al, (1995) ne peut supporter l'interprétation que les sentiments individuels soient l'indice clé permettant d'interpréter

l'interaction infirmière-client, ce que véhiculent pourtant nos programmes d'étude. Il faut donc, à notre avis, élargir les cadres de la formation de nos étudiantes pour y intégrer un modèle ethnologique complémentaire de la communication, où l'importance des contextes est intégrée à la compréhension de l'événement interactif. Et bien que les facteurs expliquant les différences interpersonnelles soient parmi les enseignements les plus valables pour le soin individualisé, la reconnaissance des similarités trans-personnelles et des valeurs partagées est également fondamentale au processus de la communication. Nos sujets ont montré qu'à un niveau global, elles partageaient un intérêt pour les activités langagières en tant que stratégies de comportement humain dans la sphère macro-sociale.

Ce qui nous conduit à insister sur le besoin d'une formation beaucoup plus axée sur la parole, sa signification et sa maîtrise pour les infirmières. Si on se fie à notre étude, les aidantes exercent, par son intermédiaire, une expertise et un pouvoir sur leurs clientes. Et, par leurs références à la production de la parole, elles incitent leurs clientes à user de cette stratégie pour établir leur propre pouvoir dans la sphère macro-sociale. La prise de la parole est donc une habileté que les élèves en sciences infirmières semblent privilégier et associer à l'établissement des statuts sociaux. Apprendre à transposer cette aptitude dans leurs entretiens, sans perdre de vue les caractéristiques individuelles de la clientèle, est une entreprise que les programmes de formation peuvent favoriser par l'intégration de modèle psychologique et ethnologiques de la relation d'aide. Peut-être sera-t-il question, dans quelques années, d'une ethnologie du soin infirmier et de la communication en sciences infirmières?

RÉFÉRENCES

- Adam, E. 1979. Etre infirmière. Montréal: Edition HRW.
- Atkinson, D.R. 1983. « Ethnic Similarity in Counseling Psychology ». The Counseling Psychologist. 11, (3), 79-92.
- Austin, J.L. 1962. How to do things with words. New-York: Oxford University Press.
- Bachman, C., Lindenfeld, J., Simonin, J. 1991. Langage et communications sociales. Paris: Hatier/Didier.
- Bales, R. 1966. « Role enactment ». in B.J. Biddle, E.J. Thomas (Eds) Role theory : concepts and research. New-York: John Wiley & Sons. p.254-262.
- Banister, P.& Kagan, C. 1985. « The need for research into interpersonal skills ». in C.M. Kagan (Ed). Interpersonal Skills in Nursing Research and Applications. London: Croom Helm. p. 44-60.
- Banks, W. 1972. « The Differential Effect of Race and Social Class in Helping ». Journal of Counseling Psychology. 28, 90-92.
- Baron, D. 1986. Grammar and gender. New-Haven, Ct: Yale University Press.
- Bateson, G. 1977. Vers une écologie de l'esprit. Tome 1. Paris: Éditions du Seuil.
- Bateson, G. 1980. Vers une écologie de l'esprit. Tome 2. Paris: Éditions du Seuil.
- Bateson, G. 1981. « Communication ». in Y.Winkin (Ed). La nouvelle communication. Paris: Les Éditions du Seuil. p. 116-144.
- Bibeau, G., Chan-Yip, A.M., Lock, M., Rousseau, C., Sterlin, C. 1992. La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien. Boucherville: Gaëtan Morin.

- Birdwhistell, R. 1981. « Entretiens avec Ray Birdwhistell ». in Y. Winkin (Ed). « La nouvelle communication ». Paris: Éditions du Seuil. p. 292-301.
- Bourdieu, P. 1981. « Men and machines ». in K. Knorr-Cetina & A. Cicourel (Eds). Advances in social theory and methodology. Toward integration of micro- and macro-sociologies. Boston: Routledge & Kegan Paul. p. 304-317.
- Bourdieu, P. 1982. Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques. Paris: Fayard.
- Bottorf, J.L., Gogag, M., Engelberg-Lotzhar, M. 1995. « Comforting: exploring the work of cancer nurses ». Journal of Advanced Nursing. 22, p. 1077-1084.
- Bradley, J. & Edinberg, M.A. 1986. Communication in the Nursing Context. Second ed. Norwalk, Conn.: Apleton-Century-Crofts.
- Brink, P.J. 1990. « Introduction ». in P.J. Brink (Ed). Transcultural nursing: a book of readings. Prosper Heights, Ill.: Waveland Press, Inc. p. 1-5.
- Brisson, D. 1985. Critique de: M. Langlois-Séguin. « La relation du rôle joué par le personnel infirmier sur la prise de rôle de la personne âgée en établissement de soins prolongés ». Nursing Papers/Perspectives en Nursing. 17, (1), 66-68.
- Brown, G., Harris, T. 1978. Social Origins of Depression. Cambridge: Cambridge University Press.
- Browning, E.M., Campbell, M.E. 1987. « Evaluating students communication skills: tape recording ». Nurse Educator. 12 (1), p. 28-29.
- Carkuff, R.R. 1969. Helping and human relations. vol.1 et 2. New-York: Holt Rinehart Winston.
- Carkuff, R.R. 1971. The development of human resources. New-York: Holt Rinehart Winston.

- Carlson, R.E. 1984. The nurse's guide to better communication. Glenview, Ill.: Scott, Foresman & Company.
- Chalifour, J. 1989. La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique-humaniste. Boucherville: Gaëtan Morin, éditeur.
- Chandler, J.T., Rachal, J.R., Kazelskis, R. 1986. « Attitudes of long term care nursing personnel toward the elderly ». Gerontologist. 26, 551-555.
- Chehy Pilette, P., Berck, C.B., Archer, L.C. 1995. « Therapeutic management of helping boundaries ». Journal of psychosocial nursing. 33, (1), p.40-47.
- Cicourel, A.V. 1964. Method and measurement in sociology. New-York: The Free Press.
- Collins, B.A., McCoy, S.A., Sale, S., Weber, S.E. 1994. « Descriptions of comfort by substance-using and non-using post-partum women ». Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing. 23, (4), p. 293-300.
- Cooke, H. 1993. « Boundary work in the nursing curriculum: the case of sociology ». Journal of Advanced nursing. 18, p. 1990-1998.
- Cormack, D. 1985. « The myth and reality of interpersonal skills in nursing ». in C.M. Kagan (Ed). Interpersonal skills in nursing research and application. London: Croom Helm. p.107-115.
- Corner, J., Wilson-Barnett, J. 1992. « The newly registered nurse and the cancer patient: an educational evaluation ». International Journal of Nursing Studies. 29, (2), p.177-190.
- Crawford, P., Nolan, P., Brown, B. 1995. « Linguistic entrapment : medico-nursing biographies as fictions ». Journal of Advanced Nursing. 22, p. 1141-1148.
- Daly, M. 1973. Beyond God the father: toward a philosophy of women's liberation. Boston: Beacon Press.

- Daniels, T.G., Denny, A., Andrews, D. 1988. « Using microcounseling to teach RN nursing students skills of therapeutic communication ». Journal of Nurse Educator. 27, (6), p. 246-252.
- Davies, I.1976. Objectives in Curriculum Design. New-York: McGraw Hill.
- Devereux, G. 1972. Ethnopsychanalyse complémentariste. Paris: Nouvelle bibliothèque scientifique. Flammarion.
- Dickson, D.A., Hargie, O., Morrow, N.C. 1989. Communication skills training for health professionals. An instructor handbook. London: Chapman and Hall.
- Draguns, J.G. 1975. « Resocialization Into Culture: The Complexity of Taking a Wide View of Psychotherapy ». in R.W Breslin, S. Bochner, W.J.Lonner (Eds),Cross Cultural Perspectives in Learning. New-York: Sage. p.273-280.
- Drew, P., Wooton, A. 1988. Erving Goffman: exploring the interaction order. Cambridge: Polity Press.
- Edwards, A.D. 1976. Langage in culture and class. London: Heineman Educational Books Ltd.
- Egan, G. 1987. Communication dans la relation d'aide. Montréal: Les Éditions HRW.
- Ekman, I. & Segestan, K. 1995. « Deputed power of medical control: the hidden message in the ritual of oral shifts reports ». Journal of Advanced Nursing. 22, p. 1006-1011.
- Elliott, E.A. 1989. « The discourse of nursing. A case of silencing ». Nursing & health care. 10, (10), p. 539-543.
- Ellis, R. & Whittington, D. 1981. A guide to social skill training. London: Croom Helm.
- Erikson, E. 1966. Enfance et société. Neuchatel: Delachaux & Niestlé.

- Faucett, J. 1995. Analysis and evaluation of nursing theories. Philadelphia: Davis.
- Faulkner, A.(1985). « The Organisational Context of Interpersonal Skills in Nursing ». in C.Kagan (Ed). Interpersonal Skills in Nursing Research and Applications. London: Croom Helm. p. 65-75.
- Faulkner, A. 1981. « Aye, there's the rub ». Nursing Times. 77, p. 332-336.
- Fielding, R.G., Llewelyn, S.P. 1987. « Communication training in nursing may damage your health and enthusiasm: some warnings ». Journal of Advanced Nursing. 12, p. 281-90.
- Fortin, F. 1996. Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation. Montréal: Décarie.
- Foster, G. 1990. « A model for applied anthropology ». in P.J. Brink (Ed). Transcultural nursing. A book of readings. Prosper Heights, Ill: Waveland Press Inc. p. 16-43.
- Freund, H. 1969. « Listening with any ear at all ». American Journal of Nursing. 69, p. 1650-1656.
- Freud, S 1961. Civilization and its discontents. New-York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Gagan, J. 1983. « Methodologic notes on empathy ». American Nursing Science. 5, (2), p. 65-72.
- Garfinkel, H. 1967. Studies in ethnomethodology. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Gauthier, B. 1987. Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données. Sillery: Presses de l'Université du Québec.
- Gazda, M., Childers, W.C., Walters, R.P. 1982. Interpersonal communication. A handbook for health professionals. Rockville, Md: Aspen Publication.

- Giddens, A. 1981. « Agency, institution and time-space analysis ». in K. Knorr-Cetina, A. Cicourel (Eds). Advances in Social Theory and Methodology. Toward an Integration of Micro- and Macro-Sociologies. Boston: Routledge & Kegan Paul. p.161-174.
- Giles, H. Coupland, N. 1991. Language: contexts and conséquences. Pacific Grove, Cal.: Brooks/Cole Publishing Company.
- Goffman, E. 1959. The presentation on self in everyday life. New-York:Doubleday.
- Goffman, E. 1974. Frame Analysis : An Essay on the Organization of Experience, Harvard University Press, Cambridge.
- Goffman, E. 1988. « L'ordre de l'interaction ». Les moments et leurs hommes. Paris: Les Éditions du Seuil. p. 186-230.
- Gorman, L., Sultan, D. Raines, M. 1996. Davis's manual of psychosocial nursing in general patient care. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Greenwood, J., King, M. 1995. « Some surprising similarities in the clinical reasoning of « expert » and « novice » orthopedic nurses: report of a study using verbal protocols and protocol analyses ». Journal of Advanced Nursing. 22, p. 907-913.
- Guimond, P 1998. Étude des Interventions verbales de la préceptrice dans une perspective de développement de la pensée critique de l'étudiante en sciences infirmières. Thèse doctorale. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Gumperz, J.J. 1971. Language in Social Groups. Standford: Standford University Press.
- Gumperz, J.J., Hymes, D. 1972. Directions in sociolinguistics. The ethnology of communication. New-York: Holt-Rinehart and Winton, Inc.
- Gumperz, J.J., Cook-Gumperz, J. 1982. Language and social identity. Cambridge: Cambridge University Press.

- Gumperz, J.J. 1989. Sociolinguistique interactionnelle. Une approche interprétative. Paris: L'Harmattan.
- Gumperz, J.J. 1989. Engager la conversation. Introduction à la sociolinguistique interactionnelle. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Habermas, J. 1987. Logique des sciences sociales. Paris: Presses universitaires de France.
- Hagan, L. 1991. « L'éducation pour la santé en CLSC ». Nursing Québec. 11, (4), p. 49-55.
- Harper, R. 1974. Psychoanalysis and psychotherapy. Englewood Cliffs: N.J.: Prentice-Hall.
- Heaven, C.M., Maguire, P. 1996. « Training hospice nurse to elicit patients' concerns ». Journal of Advanced Nursing. 23, p.280-286.
- Hestlin, K., Bramwell, L. 1984. « The supportive role of the staff nurse in the hospital palliative care situation ». Journal of Palliative Care. 5, (3), p. 20-26.
- Héту, J.-L. 1994. La relation d'aide. Éléments de base et guide de perfectionnement. Deuxième édition. Boucherville: Gaëtan Morin Editeur.
- Hymes, D.H. 1968 The ethnography of speaking. in J.A. Fishman (Ed). « Readings in the Sociology of Language ». Paris: Mouton. p. 99-138.
- Hymes, D. 1972. « Models of the interaction on language and social life ». in J.J. Gumperz, D. Hymes (Eds). Directions in sociolinguistics: the ethnography of communication. New-York: Holt, Rinehart and Winston, Inc. p. 35-71.
- Ivey, A. & Authier, R. 1978. Microcounselling. New-York: C.C. Thomas.
- Ivey, A., Ivey Bradford, M., Simek-Downing, L. 1987. Counseling and Psychotherapy. Integrating Skills and Practice. Second ed. New-York: Prentice Hall.

- Jarrett, N, Payne, S. 1995. « A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patient contribution been neglected? ». Journal of Advanced Nursing. 22, p. 72-78.
- Jaworski, A. 1993. The Power of Silence. Social and Pragmatic Perspectives. Newbury Park: Sage Publications.
- Kagan, C.M. 1985. Interpersonal Skills in Nursing : Research and Applications. New Hampshire: Croom Helm.
- Kalish, B. 1971. « Strategies for developing nurse empathy ». Nursing Outlook. 19, p. 714-718.
- Khan, D.L., Steeves, R.H., Benoliel, J.Q. 1994. « Nurses' views of the coping of patients ». Social Science of Medicine. 38, (10), p. 1423-1430.
- Keller, E. 1985. Introduction aux systèmes psycho-linguistiques. Chicoutimi: Gaëtan Morin Editeur.
- Knorr-Cetina, K., Cicourel, A. 1981. Advances in social theories and methodologies. Toward an integration of micro-and macro-sociologies. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- Knorr-Cetina, K. 1981. « Introduction: the micro-sociological challenge of macro-sociology: towards a reconstruction of social theory and methodology ». in K. Knorr-Cetina, A. Cicourel (Eds). Advances in social theory and methodology. Toward an integration of micro- and macro-sociologies. Boston: Routledge & Kegan Paul. p: 1-47.
- Kratz, C. 1984. « Do you talk with patients? ». Nursing Times. 80, (37), p.61-64.
- Labov, W., Fanshel, D. 1977. Therapeutic Discourse. Psychotherapy as Conversation. New-York: Academic Press.
- La Monica, E. 1976. « Empathy Training ». Nursing Research. 25, p. 447-451.

- La Monica, E. 1985. The Humanistic Nursing Process. Monterey: Wadsworth Health Sciences Division.
- Lanceley, A. 1985. « Use of controlling language in the rehabilitation of the elderly ». Journal of Advanced Nursing. 10, p. 125-135.
- Lazure, H. 1987. Vivre la relation d'aide. Une approche théorique et pratique d'un critère de compétence de l'infirmière. Québec: Décarie.
- Lehtonen, J., Sajavaara, K. 1985. « The Silent Finn ». in D. Tannen, M. Saville-Troike (Eds). Perspectives on Silence. Norwood: Ablex Publishing Corporation. p.193-201.
- Lindenfeld, J. 1988. « Étude comparative de la communication ordinaire ». Langage et société. 45, p. 84-90.
- Lindström, U.A. 1995. « The profesional paradigm of qualified psychiatric nurses ». Journal of Advanced Nursing. 22, p.655-662.
- Linton, R. 1968. Le fondement culturel de la personnalité. Paris: Dunod.
- Luhman, N. 1981. « Communication about law in interaction systems » in K.Knorr-Cetina, A. Cicourel (Eds) Advances in social theory and methodology. Toward an integration of micro- and macro-sociologies. Boston: Routledge & Kegan Paul. p. 234-25
- Lyall, J. 1990. « Cycles of evasion ». Nursing Times. 86 (34), p. 16-17.
- Macleod Clark, J. 1981. « Nurse-Patient Communication ». Nursing Times. 77, 12-18.
- Macleod Clark, J. 1985. « The development of research in interpersonal skills in nursing ». in C.M. Kagan (Ed). Interpersonal Skills in Nursing Research and Applications. London: Croom Helm. 9-21.
- Maguire, P. 1985. « Deficiencies in key interpersonal skills ». in C.M. Kagan (Ed). Interpersonal Skills in Nursing Research and Applications. London: Croom Helm. 116-127.

- Maguire, P., Fairbairn, S., Fletcher, C. 1986. « Consultation skills of young doctors.1: Benefits of feedback training in interviewing as students persist ». British Medical Journal. 292, 1573-1576.
- Malinowski, B. 1974. Les Jardins de corail. Paris: François Maspero.
- Mann, J. H., Mann, C.H. 1966. « The effect of role playing experience on role playing ability ». In B.J. Biddle, E.J. Thomas (Eds). Role theory: concepts and research. New-York: John Wiley, & Sons. p. 212-217.
- Mead, G.H. 1934. Mind, Self and Society. Chicago: University of Chicago Press.
- Moreno, J.L. 1961. « The Role Concept, a Bridge Between Psychiatry and Sociology ». American Journal of Psychiatry. 118, 518-523.
- Mulholland, J. 1995. « Nursing, humanism and transcultural theory: the « bracketing-out » of reality ». Journal of Advanced Nursing. 22, p. 442-449.
- Newman Giger, J., Davidhzar, R.E. 1991. Soins infirmiers interculturels. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Nwoye, G. 1985. « Eloquent silence among the Igbo of Nigeria ». in D. Tannen, M. Saville-Troike (Eds). Perspectives on Silence. Norwood: Ablex Publishing Corporation. p. 185-191.
- Olsen, D.P. 1991. « Empathy as an ethical and philosophical basis for nursing ». Advanced Nursing Science. 14, (1), p. 62-75.
- Orlando, I.S. 1979. La relation dynamique infirmière-client. Montréal: HRW.
- Parathian, A. R., Taylor, F. 1993. « Can we insulate trainee nurses from exposure to bad practice? A study of role play in communicating bad news to patients ». Journal of Advanced Nursing. 18, 801-807.

- Pederson, P.B. 1981. « Alternatives futures for cross cultural counseling and psychotherapy ». in A.J. Marsella, P.B. Pedersen (Eds). Cross-cultural counseling and psychotherapy. New-York: Pergamon Press. p. 324-330.
- Peplau, H. E. 1952. Interpersonal relations in nursing. New-York: Putnam & Sons.
- Petersen, M. 1988. « The norm and values held by three groups of nurses concerning psychosocial nursing practice ». International Journal of Nursing Studies. 25, (2), p. 85-103.
- Phillips, R.P. 1997. « Nursing Systems and Nursing Models ». in L.H. Nicoll (Ed). Perspectives on Nursing Theory. Third ed. Philadelphia: Lippincott. p. 354-358.
- Porter, S., Ryan, S. 1996. « Breaking the boundaries between nursing and sociology: a critical realistic ethnography of the theory-practice gap ». Journal of Advanced Nursing. 24, p. 413-420.
- Pursey, A., Luker, K. 1995. « Attitudes and stereotypes: nurses work with older people ». Journal of Advanced Nursing. 22, p. 547-555.
- Rockwood Kluckhohn, F. 1990. « Dominant and Variant Value Orientation ». in P.J. Brink (Ed). Transcultural Nursing. A Book of Readings. Prospect Heights: Waveland Press, Inc. p. 62-81.
- Rogers, C. 1978. Le développement de la personne. Paris: Dunod
- Rogers, C. 1971. La relation d'aide en psychothérapie. Tome1. Paris: Les Éditions Sociales Françaises.
- Roland, A. 1990. The cultural self, the personal self and psychological conflict. Santé Culture Health. vii, (2,3). p. 185-196.
- Roy, C., Andrews, H.A. 1999. The Roy Adaptation Model. Second ed. Stamford: Appleton & Lange.

- Ruesh, J., Bateson, G. 1951. Communication. The Social Matrix of Psychiatry. New-York: W.W Norton & Company Inc.
- Salmon, P. 1993. « Interactions on nurses with elderly patients ». Journal of Advanced Nursing. 18, p. 14-19.
- Sapir, E. 1968. Linguistique. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Sarbin, T. 1966. « Role enactment ». In B.J. Biddle, E.J. Thomas (Eds). Role theory : concepts and research. New-York: John Wiley & Sons, Inc. p. 195-200.
- Satir, V. 1971. Thérapie du couple et de la famille. Paris: Éditeurs Epi.
- Saville-Troike, M. 1982. The ethnography of communication. An introduction. Oxford: Basil Blackwell.
- Saville-Troike, M. 1985. « The place of silence in an integrated theory of communication ». in D. Tannen, M. Saville-Troike (Eds). Perspective on silence. Norwood: Ablex Publishing Corporation. p. 3-18.
- Schefflen, A. 1973. Communicational structure: analysis of a psychotherapy transaction. Bloomington: Indiana University Press.
- Schefflen, A.E. 1981. « Systèmes de la communication humaine ». in Y.Winkin (Ed). La Nouvelle Communication. Paris: Éditions du Seuil. p. 145-157.
- Seguin Langlois, M. 1985. « La relation jouée par le personnel infirmier sur la prise de rôle de la personne âgée en établissement de soins prolongés ». Nursing Papers- Perspectives en Nursing. 17, (1), p.48-64.
- Simonin-Grumbach, J. 1978. « Pour une typologie du discours ». in R.Jacobson (Ed). Langue, Discours, Société. Paris: Firmin-Didot. p. 85-121.
- Smith, B.J., Barker, H.R. 1972. « Influence of a reality orientation training program on the attitudes of trainees toward the elderly ». Gerontologist. 12, p. 262-264.

- Smoyak, S.A. 1969. « Toward understanding nursing situations ». Nursing Research. 18, (5), p. 405-441.
- Sperber, D., Wilson, D. 1986. Relevance. Oxford: Basil Blackwell.
- Stephenson, P.M. 1984. « Aspects of the nurse tutor-studentnurse relationship ». Journal of Advanced Nursing. 9, p.283-290.
- Stubbs, M. 1983. Discourse Analysis. The Sociolinguistic Analysis of Natural Language. Oxford: University of Chicago Press.
- Sullivan, H.S 1953. Conceptions of Modern Psychiatry. New-York: W.W. Norton Company.
- Sullivan, H.S. 1954. The Psychiatric Interview. New-York: W.W. Norton Company.
- Sundeen, S.J., Stuart, G., Rankin, E.A., Cohen, S.A. 1989. Nurse-client interaction. Implementing the nursing process. St-Louis: The C.V. Mosby Company.
- Symonds, B. 1995. « The origins on insane asylums in England during the nineteen century: a brief sociological review ». Journal of Advanced Nursing. 22, 94-100.
- Tannen, D., Saville-Troike, M. 1985. Perspectives on Silence. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- Taunton, R.L., Otterman, D. 1986. « The multiple dimensions of staff nurse role conception ». Journal of Nursing Administration. 16, (10), p. 31-37.
- Teasdale, K. 1995. « Theoretical and practical consideration on the use of reassurance in the nursing management of the anxious patient ». Journal of Advanced Nursing. 22, p. 79-86.
- Thibault, P., Daveluy, M. 1989. « Quelques traces du passage du temps dans le parler des Montréalais, 1971-1984 ». Language Variation and Change. 1, (1) p.19-45.

- Thomas, E.J., Biddle, B.J. 1966. « The nature and history of role theory ». In B.J. Biddle, E.J. Thomas (Eds). Role theory: concepts and research. New-York: John Wiley & Sons, Inc. p. 3-19.
- Thurtle, V. 1995. « Post-natal depression: the relevance of sociological approaches ». Journal of Advanced Nursing. 22, p. 416-424.
- Travelbee, J. 1969. Intervention in Psychiatric Nursing: Process in the One-to-One Relationship. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- van Dijk, T.A. 1984. Prejudice in Discourse. Philadelphia: John Benjamin Publishing Company.
- Varcoe, C. 1996. « Disparagement of the nursing process: the new dogma? ». Journal of Advanced Nursing. 23, p.120-125.
- Von Bertalanffy, L. 1993. La théorie générale des systèmes. Paris: Dunod
- Vontress, C.E. 1976. « Racial and Ethnic Barriers in Counseling ». in P.Pedersen, W.J. Lonner, J. Draguns (Eds). Counseling Across Cultures. Honolulu: University Press of Hawaiï. p. 43-64.
- Wallace, A.F.C. 1961. Culture and personality. New-York : Random House.
- Wasserman, R.C. 1983. « Systematic Analysis of Clinician-Patient Interactions: a Critique of Recent Approaches With Suggestions for Future Research ». Medical Care. XXI, (3), p. 279-293.
- Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., Jackson, D.D. 1972. Une logique de la communication. Paris: Éditions du Seuil.
- Webster, M. 1981. « Communicating with dying patients ». Nursing Times. 77, p. 999-1002.

- Winkin, Y. 1981. "Connexions et ouvertures". in Y.Winkin (Ed). La nouvelle communication. Paris: Les Éditions du Seuil. p. 104-109.
- Wilden, A. 1972. System and Structure. Essay in Communication and Exchange. London: Tavistock Publications.
- Wilkinson, S. 1991. « Factors which influence how nurses communicate with cancer patients ». Journal of Advanced Nursing. 16, p. 677-688.
- Wilkinson, S., Maguire, G.P., Trait, A. 1988. « Life after breast cancer ». Nursing Times. 84, 34-37.
- Wohlking, W., Gill, P. 1980. Role playing. Englewood Cliffs: Educational Technology Publications.
- Wolf, M., Duffy, M. 1979. Simulations/Games: A Teaching Strategy. New-York: National League for Nursing.
- Wright, L., Leahy, M. 1995. Nurses and families. A guide to family assessment and intervention. Second ed. Philadelphia: F.A. Davis.
- Yung, H.H. 1996. « Role conception and role discrepancy: a comparison between hospital-based and degree nursing students in Hong Kong ». Journal of Advanced Nursing. 23, p.184-191.

ANNEXE I

CONSENTEMENT DES SUJETS À LA RECHERCHE

Consentement à la recherche

Par la présente, je tiens à souligner que ma participation à la recherche de Diane Prud'homme Brisson sur la communication infirmière-client s'est effectuée sur une base purement volontaire.

Mon accord fut donné librement, en prenant pour acquis que toutes les mesures visant la protection de mon identité ainsi que les normes d'éthiques sur l'aspect confidentiel s'appliquant dans de tels cas seront respectés par Madame Prud'homme Brisson. Ainsi, mon nom n'apparaîtra sur aucun document, qu'il soit écrit ou audio-visuel, à l'exception des notes personnelles de la chercheuse. Les enregistrements comme tels seront identifiés par des codes connus exclusivement de la chercheuse. Tout questionnaire qui me sera administré par Madame Prud'homme Brisson sera également codifié de façon à protéger mon identité. Les documents audio-visuels produits pour les fins de cette recherche seront confidentiels. Les seules personnes pouvant les consulter sont: la directrice de la thèse de Madame Prud'homme Brisson et un ou deux juges dont l'identité est encore inconnue, et qui voudraient consulter les données audio-visuelles ou les questionnaires pour fins de vérification. Il va s'en dire que ce matériel audio-visuel ne pourra être utilisé en dehors du contexte immédiat de la production de cette thèse.

L'analyse des données constituent le matériel de la thèse; cette dernière sera rendue publique en conformité avec les étapes normales du processus d'élaboration de thèse. En aucun cas, l'identité des participantes ne sera divulguée. Les publications suivant habituellement l'achèvement d'un tel projet devront également respecter la nature confidentielle des données.

Les vidéo-cassettes produites dans la cadre de ce projet sont la propriété de la chercheuse, Madame Prud'homme Brisson. Les participantes pourront consulter le matériel qui les met en jeu, mais elles ne pourront en effectuer des copies.

Signature de la participante.

ANNEXE II

SCÉNARIOS PROPOSÉS AUX AIDÉES

CAS I : AIDÉE 1

Tu es une étudiante en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. Tu es mariée depuis un an à un étudiant en génie à la même université. Vous habitez un petit appartement près du campus et vous passez beaucoup de temps à vos études. L'été, vous travaillez tous les deux pour payer vos études et vos moyens de subsistance.

Il y a deux ans, ta mère qui est veuve et habite seule à Hull a été diagnostiquée comme souffrant de la maladie d'Alzheimer. Depuis quelques mois, son état se détériore rapidement et la travailleuse sociale dit qu'elle ne peut plus vraiment vivre seule sans mettre sa sécurité en péril. Tu as abordé avec elle nombre de fois déjà la possibilité qu'elle s'en aille en résidence pour les personnes âgées, mais elle refuse et te dit souvent " si tu m'envoies-là tu auras ma mort sur la conscience"...

Ta soeur aînée habite Toronto, où elle vient de terminer son cours de diététicienne et elle a accepté tout récemment un poste dans un hôpital de Montréal. Toutes les deux vous ne vous entendez pas sur ce qu'il faut faire au sujet de votre mère. Elle croit que vous devriez la placer, même sans son accord, car son état empirera inévitablement, que de toute façon elle devra y aller un jour, et que dans quelque temps, elle ne vous reconnaîtra plus et ne saura même plus où elle se trouve. Tu penses que vous devriez attendre un peu, car ta mère a encore beaucoup de moments lucides et que tu sais qu'elle sera profondément malheureuse dans un résidence. Même si ta soeur te supplie de prendre les mesures nécessaires, elle n'affronte jamais elle-même ta mère et te laisse finalement te débrouiller avec la situation.

Récemment, tu as emmenée ta mère passer une fin de semaine chez toi: elle était très confuse, s'est promenée toute la nuit dans le salon en appelant ton père. Dans un moment d'angoisse, elle t'a suppliée de ne pas l'envoyer mourir avec tous ces étrangers, et sur le coup de l'émotion, tu as promis. Depuis peu, tu songes à abandonner ton cours pour t'occuper de ta mère, mais ton mari est contre et il penche en faveur de l'opinion de ta soeur. Tu ne sais plus vraiment où te tourner. Tu as de la difficulté à dormir, tu sautes des repas et les rapports sont tendus entre toi et ton mari qui te dit que vous avez une vie à vivre à deux. Tu lui en veux de ne pas mieux te supporter, tu en veux à ta soeur parce

qu'elle s'en lave les mains et tu te sens angoissée à l'idée de laisser tes études. Tu décides de consulter l'infirmière qui travaille à la clinique de l'université pour qu'elle te conseille, car ça ne peut plus durer comme ça.

CAS II : AIDÉE 2

Tu es étudiante en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa et jusqu'à présent tu réussissais très bien tes cours. Mais depuis quelques semaines, les cours t'intéressent moins car tu es nerveuse et que tu as beaucoup de tracas. Souvent, tu te réveilles en retard et tu ne te présentes pas en classe. Ce dernier mois, tu as oublié à quelques reprises de prendre tes anovulants, ce qui t'inquiète car tu as une vie sexuelle active. La source principale de tes tracas est la suivante.

Tu as rencontré un homme qui te plaît énormément: vous vous fréquentez depuis environ un an. Il a douze ans de plus que toi, est divorcé, a un fils de huit ans qui vit avec sa mère et il est gérant d'un restaurant très en vogue. Il t'a avoué avoir pris beaucoup d'alcool dans le passé, mais que maintenant, il n'en prend plus et qu'avec toi, il a retrouvé le goût de vivre et de faire plein de projets d'avenir.

Tout irait bien si ce n'était de tes parents. Ils sont tout à fait opposés à votre relation. Tu habites encore chez eux, et comme fille unique, ils t'ont beaucoup protégée. Ils ne sont pas très riches et économisent tout ce qu'ils peuvent pour défrayer le coût de tes études. Ils désirent avant tout que tu puisses avoir un bon travail plus tard et être heureuse. Mais face à ton amoureux, ils sont intraitables; ta mère dit que ce n'est pas un homme pour toi, qu'il a d'autres intérêts dans sa vie, et qu'avec un enfant, il te fera toujours passer en second et que si tu as toi aussi des enfants, ils passeront également en deuxième. Tu as beau dire à tes parents que tu peux t'occuper toi-même de tes affaires de coeur, il te répliquent que tu n'as aucune expérience de la vie et que tu seras malheureuse avec un tel homme.

Ton ami est venu rencontrer tes parents à deux reprises, mais ceux-ci lui ont à peine adressé la parole; il t'a dit qu'il s'était senti très mal en leur présence et qu'il se sentait jugé et non accepté. Tu t'es disputée avec eux et les as accusé d'être injustes et méchants, car ils te rendent très malheureuse. Depuis ce temps, tu t'enfermes dans ta chambre après tes cours et vous vous parlez à peine. En fait, tu t'es décidée à aller vivre chez ton ami dès la fin de l'année scolaire, selon sa demande expresse : il t'a dit qu'il va t'aider financièrement avec tes cours et que tu n'auras pas à t'en faire pour l'avenir car vous pourrez vous marier bientôt.

Plus la date de ton départ approche, cependant, plus tu te sens nerveuse; tu n'en as pas parlé avec tes parents car tu sais qu'ils seront furieux et malheureux. Tu aimerais en parler avec l'infirmière de la clinique de l'université et avoir également son avis au sujet du risque de devenir enceinte suite à ton oubli de prendre les anovulants.

CAS III : AIDÉE 3

Tu es présentement en stage dans un centre d'accueil pour personnes âgées. Depuis quelques jours, tu as souvent le goût de pleurer, et c'est pire les jours où tu es en stage. La veille des jours cliniques, tu dors peu et mal, et tu as déjà manqué une journée de stage, prétextant que tu étais malade, alors que ce n'était pas vraiment le cas. Tu arrives à accomplir les exigences reliées au stage, mais de façon minimale et sans trop de motivation, et tu n'en n'es pas fière, car d'habitude tu prends un grand intérêt à ce que tu fais. Tu attribues la principale raison de ta nouvelle attitude à la situation suivante.

Une résidente du centre te préoccupe au plus haut point. Et tu essaies de l'éviter le plus possible, lui donnant que le minimum de soins requis. Elle a 84 ans, elle est hémiplegique et dit jour après jour qu'elle désire mourir. Elle est veuve depuis deux ans, est sans enfant et une nièce s'occupe de ses affaires personnelles. Chaque fois que tu lui suggères une activité, telle qu'une visite au salon en ta compagnie, ou une visite au centre de loisirs, elle refuse de sortir de sa chambre et te dit: « à quoi bon! Occupez-vous plutôt de ceux qui veulent vivre, je n'ai plus besoin de rien ». Au début, tu essayais vraiment d'égayer cette patiente, et tu lui accordais beaucoup d'attention, mais maintenant, tu l'évites le plus possible. Tu sais que ce n'est pas professionnel que d'éviter ainsi une patiente qui t'est confiée, et tu te sens mal face à cela, mais c'est plus fort que toi: en sa présence, tu te sens complètement impuissante et cela t'affecte au plus haut point. Tu décides d'en parler à l'infirmière qui travaille au bureau de santé de l'université afin qu'elle puisse te conseiller sur ce qu'il convient de faire, car ça ne peut plus continuer ainsi.

CAS IV : AIDÉE 4

Tu es étudiante en sciences infirmières, et tu fais un stage en gériâtrie, dans une résidence pour personnes âgées. Il ya quelques jours, au rapport du matin, l'infirmière-chef s'est plaint que ton patient et une autre patiente sur le même étage étaient trop souvent ensemble, et qu'ils se tenaient la main quand ils se promenaient dans le corridor. L'autre jour, a-t-elle poursuivi, ils se sont même embrassés dans le corridor; cela aurait fait jaser plusieurs patients. Cette infirmière songe à faire envoyer ton patient sur un autre étage, car elle croit que les relations trop proches entre patients sont à déconseiller, et que ça risque de causer des problèmes avec les familles. Cela reviendrait à déplacer monsieur sur un étage où les clients sont plus malades et moins autonomes que lui. Et tu crains que cela puisse nuire à son moral.

Sans en parler à personne, tu as décidé de soulever la question avec ton patient. Celui-ci a 76 ans et il a toute sa lucidité. Il est veuf depuis dix ans, est sans enfants et il est atteint de diabète avancé qu'il a de la difficulté à contrôler, en plus d'être semi-aveugle. Tu lui dis qu'on a remarqué qu'il passait beaucoup de temps avec une patiente et que cela pouvait faire jaser. Il te répond qu'il n'y a pas grand mal à cela. Il dit être très attaché à cette dame qui lui rappelle un peu sa femme décédée, et que depuis qu'ils s'entraident et qu'ils passent du temps ensemble, ils se sentent beaucoup moins déprimés tous les deux et que cela donnait un but à leur vie.

Tu as rapporté la conversation à l'infirmière, en pensant que cela pourrait changer sa décision. Cependant, elle est très furieuse contre toi d'avoir parlé de cela à ton patient. Elle voulait le faire transférer sans entrer dans les détails. Maintenant, grâce à toi, ce n'est plus possible, se plaint-elle. Elle te dit que tu n'avais qu'à t'en tenir à ton rôle d'étudiante. Quand tu lui dis que tu crois que c'était quand même ta responsabilité que d'avoir au moins la version du client, elle te dit qu'elle ne te permettra plus d'avoir des patients sur ton étage pour continuer ton stage. Ta monitrice ne se prononce pas sur le sujet. Tu es furieuse à ton tour! Arrivée chez toi, tu décides d'abandonner ton cours, tellement tu es perturbée et dégoutée par ce qui s'est passé. Le lendemain, tu décides tout de même de demander conseil à une infirmière qui travaille à la clinique médicale, pour prendre une décision plus éclairée.

ANNEXE III

RÉPERTOIRE DES RÉFÉRENCES À LA PRODUCTION DE PAROLE

RÉPERTOIRE DES RÉFÉRENCES À LA PRODUCTION DE PAROLE

INTERVENANTE : I1

AIDÉE :	A1	A2	A3	A4	T
DIRE	19	23	23	10	75
PARLER/REPARLER	16	5	10	12	43
DISCUTER/REDISCUETER	3	1	1	4	9
DONNER	4	2	2	1	9
VOIR/REVOIR	5	4	2	4	15
APPELER/TELEPHONER/RAPPELER	3	-	1	-	4
EXPLIQUER	3	-	-	1	4
COMMUNIQUER	-	-	-	-	0
DEMANDER	1	1	4	2	8
TENIR/METTRE AU COURANT	-	-	-	-	0
SUGGÉRER	-	-	2	1	3
INFORMER	1	-	-	1	2
PROMETTRE	1	-	-	-	1
REGARDER	1	1	-	-	2
CONFIER	1	-	-	-	1
CONTACTER	3	-	3	-	6
CONSEILLER	-	3	-	-	3
ENCOURAGER	-	-	-	1	1
AVOIR/POSER/CHERCHER DES QUESTIONS	-	1	2	-	3
AVOIR DES NOUVELLES	-	1	-	-	1
DÉFENDRE	1	-	-	-	1
ETRE ENTENDU	1	-	-	-	1
RELIER	-	-	-	2	2
TENIR SECRET	-	-	-	-	0
ANNONCER	-	-	-	-	0
SAVOIR	-	-	-	-	0
ABORDER	-	-	-	-	0
ALLER	-	-	-	-	0
RACONTER	-	-	-	-	0
AVERTIR	-	-	-	-	0
FAIRE COMPRENDRE	-	-	1	-	1
CORRIGER	-	-	-	-	0
RÉPÉTER	-	-	-	-	0
ÉCOUTER	-	-	-	-	0
METTRE ENSEMBLE	-	-	-	-	0
JASER	-	1	-	-	1
RÉGLER	-	1	-	-	1
PRENDRE	-	-	-	-	0
MONTRER	-	-	-	-	0
VANTER	-	-	-	-	0
RÉFÉRER	-	-	1	-	1
CONSULTER	-	-	1	-	1
S'OUVRIIR	-	-	1	-	1
EXPLORER	-	-	-	-	0
TOTAL	63	44	54	39	200

suite...

RÉPERTOIRE DES RÉFÉRENCES À LA PRODUCTION DE PAROLE (...suite)

INTERVENANTE : I2					
AIDÉE :	A1	A2	A3	A4	T
DIRE	14	17	13	19	63
PARLER/REPARLER	-	8	3	15	26
DISCUTER/REDISCUETER	-	5	-	3	8
DONNER	1	4	3	1	9
VOIR/REVOIR	1	3	1	3	8
APPELER/TELEPHONER/RAPPELER	2	-	-	-	2
EXPLIQUER	-	-	-	-	0
COMMUNIQUER	-	3	-	-	3
DEMANDER	-	-	-	-	0
TENIR/METTRE AU COURANT	1	-	-	-	1
SUGGÉRER	-	-	1	6	7
INFORMER	-	-	-	-	0
PROMETTRE	1	-	-	-	1
REGARDER	-	-	-	-	0
CONFIER	-	-	-	-	0
CONTACTER	-	-	-	-	0
CONSEILLER	-	-	-	1	1
ENCOURAGER	-	-	1	-	1
AVOIR/POSER/CHERCHER DES QUESTIONS	-	-	-	-	0
AVOIR DES NOUVELLES	-	-	-	-	0
DÉFENDRE	-	-	-	-	0
ÊTRE ENTENDU	-	-	-	-	0
RELIER	-	-	-	-	0
TENIR SECRET	-	-	-	1	1
ANNONCER	-	-	-	1	1
SAVOIR	-	-	-	2	2
ABORDER	-	-	-	2	2
ALLER	-	-	-	1	1
RACONTER	-	-	1	3	4
AVERTIR	-	2	-	1	3
FAIRE COMPRENDRE	-	-	-	1	1
CORRIGER	-	1	-	1	2
RÉPÉTER	-	-	-	1	1
ÉCOUTER	-	-	-	-	0
METTRE ENSEMBLE	-	-	-	-	0
JASER	-	-	-	-	0
RÉGLER	-	-	-	-	0
PRENDRE	-	1	-	-	1
MONTRER	-	1	-	-	1
VANTER	-	-	-	-	0
RÉFÉRER	-	-	-	-	0
CONSULTER	-	-	-	-	0
S'OUVRIR	-	-	-	-	0
EXPLORER	-	-	1	-	1
TOTAL	20	45	24	62	151

suite...

RÉPERTOIRE DES RÉFÉRENCES À LA PRODUCTION DE PAROLE (...fin)

INTERVENANTE : I3

AIDÉE :	A1	A2	A3	A4	T
DIRE	11	8	32	12	63
PARLER/REPARLER	9	7	15	13	44
DISCUTER/REDIS CUTER	4	1	3	11	19
DONNER	1	-	1	7	9
VOIR/REVOIR	-	1	-	-	1
APPELER/TELEPHONER/RAPPELER	1	-	-	1	2
EXPLIQUER	-	-	4	3	7
COMMUNIQUER	-	2	2	5	9
DEMANDER	1	1	1	-	3
TENIR/METTRE AU COURANT	-	1	-	2	3
SUGGÉRER	-	-	-	-	0
INFORMER	-	-	-	-	0
PROMETTRE	-	-	-	-	0
REGARDER	-	-	-	-	0
CONFIER	-	-	-	-	0
CONTACTER	-	-	-	-	0
CONSEILLER	-	-	-	-	0
ENCOURAGER	-	-	-	-	0
AVOIR/POSER/CHECHER DES QUESTIONS	-	-	-	-	0
AVOIR DES NOUVELLES	-	-	-	-	0
DÉFENDRE	-	-	-	-	0
ETRE ENTENDU	-	-	-	-	0
RELIER	-	-	-	-	0
TENIR SECRET	-	-	-	-	0
ANNONCER	-	-	-	-	0
SAVOIR	-	-	-	-	0
ABORDER	-	-	-	-	0
ALLER	-	-	-	-	0
RACONTER	-	-	-	-	0
AVERTIR	-	-	-	-	0
FAIRE COMPRENDRE	-	-	-	-	0
CORRIGER	-	-	-	-	0
RÉPÉTER	-	-	-	-	0
ÉCOUTER	-	-	-	1	1
METTRE ENSEMBLE	-	-	-	1	1
JASER	-	-	-	-	0
RÉGLER	-	-	-	-	0
PRENDRE	-	-	-	-	0
MONTRER	-	-	-	-	0
VANTER	-	1	-	-	1
RÉFÉRER	-	-	-	-	0
CONSULTER	-	-	-	-	0
S'OUVRIR	-	-	-	-	0
EXPLORER	-	-	-	-	0
TOTAL	27	22	58	56	163