

*Texte lauréat du prix Jean-Marie-Van-der-Maren  
Concours 2014*

**Recherche qualitative d'une pratique infirmière  
d'interface en contexte de vulnérabilité sociale :  
résultats empiriques et réflexion méthodologique**

**Lauralie Richard**, Ph.D.

University of Melbourne

**Résumé**

Cette étude avait pour but de modéliser une pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale. Procédant à base d'entrevues semi-dirigées, d'observation et d'une analyse documentaire, cette recherche qualitative a mobilisé quinze infirmières de trois CSSS, ainsi que des membres de leurs équipes interprofessionnelles et de ressources communautaires partenaires. L'analyse qualitative interprétative inclut une analyse thématique et en mode écriture, de même qu'une méthode de modélisation systémique. Quatre thèmes qualifient cette pratique émergente : une finalité d'autonomie qui invoque une exigence de conformité sociale pour les personnes vulnérables; des processus d'engagement relationnels avec la clientèle et les acteurs du milieu; l'action stratégique de l'infirmière; et un espace contradictoire de reconfiguration identitaire. L'étude souligne le potentiel d'une pratique infirmière d'interface pour la réduction de la vulnérabilité sociale. La discussion met l'emphase sur quatre défis de cette recherche qualitative.

**Mots clés**

PRATIQUE INFIRMIÈRE D'INTERFACE, POPULATIONS VULNÉRABLES, RECHERCHE QUALITATIVE, MODÉLISATION SYSTÉMIQUE, RÉFLEXION MÉTHODOLOGIQUE

Note de l'auteure : L'auteure tient à remercier sa directrice et sa codirectrice de thèse pour leur soutien indispensable à la réalisation de cette recherche doctorale. Elle est également reconnaissante envers le Ministère de l'éducation, du loisir et du sport (MELS) du Québec, la Faculté des sciences infirmières de même que la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal, le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR) du Montréal métropolitain ainsi que la Fondation Gracia, pour l'aide financière accordée au cours de ses études.

## **Introduction**

Cet article est un condensé d'une thèse de doctorat en sciences infirmières (Richard, 2013) portant sur une pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale. Nous y rapportons les principales composantes de cette recherche doctorale, avec un accent particulier porté sur ses résultats empiriques et sur une réflexion méthodologique à propos du processus de recherche entrepris.

## **Mise en contexte**

Dans notre société contemporaine, malgré une abondance relative de ressources, des personnes vivent toujours dans des conditions de précarité, d'exclusion et d'isolement social qui réduisent leur capacité de réaliser pleinement leur potentiel de santé (Frohlich, De Koninck, Demers, & Bernard, 2008; Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), 2008). En tant qu'acteurs clés de programmes destinés à des populations vulnérables dans les services de première ligne des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) au Québec, les infirmières ont un rôle à jouer auprès de personnes, familles ou groupes qui se retrouvent en situation de vulnérabilité sociale (Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire (ACIISC), 2008; Reutter & Kushner, 2010). Dans ces programmes, les stratégies pour réduire la vulnérabilité sociale visent le renforcement de la capacité d'agir des personnes, de même que des actions ayant pour cible l'environnement, ceci en vue de créer des ressources et des réseaux d'aide qui soutiennent le développement de conditions de vie favorables à la santé. De telles stratégies visent à modifier des déterminants de la santé pour réduire la vulnérabilité sociale. Ces pratiques supposent pour les intervenants d'agir avec des acteurs de divers secteurs d'activités, au-delà de frontières disciplinaires, organisationnelles et sectorielles, selon des approches collaboratives et de mise en réseau (Breton, Lévesque, Pineault, Lamothe, & Denis, 2008; Mallinson, Popay, & Kowarzik, 2006).

Cet espace d'interconnexion entre des acteurs, des institutions (leurs programmes et services) et des territoires est désormais qualifié comme l'« interface » à l'intérieur de laquelle opère un ensemble de pratiques pour agir en contexte de vulnérabilité sociale (Clavier, 2009; Williams, 2002). Cette interface constitue un espace d'action potentiel pour les infirmières qui interviennent dans les services de première ligne, d'autant plus que pour agir auprès de populations vulnérables « dans » leur environnement, elles sont exposées au décloisonnement de services et à l'ouverture de leurs frontières d'activités. Ainsi, la programmation de services de première ligne destinée à des clientèles vulnérables crée des opportunités pour les infirmières de

développer une pratique à l'interface des CSSS et de ressources de la communauté pour réduire la vulnérabilité sociale. Cette pratique, désignée en tant que « pratique infirmière d'interface », a tenu lieu d'objet d'étude pour cette recherche. Elle se définit comme la pratique d'infirmières agissant hors des murs de l'institution de services de santé, en relation avec une diversité d'acteurs et de ressources de la communauté, dans un contexte d'intervention en situation de vulnérabilité sociale.

### **Problématique de recherche**

Un parcours exhaustif d'écrits empiriques en sciences infirmières et en santé publique suggère qu'il y a des conditions favorables à l'émergence d'une pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale (Richard, 2013). D'une part, les infirmières occupent une position privilégiée pour agir à l'intersection des CSSS et des ressources de la communauté (Bartley, 2004; Beudet, Richard, Gendron, & Boisvert, 2011; Benson & Latter, 1998). Elles entretiennent des liens de proximité avec les clientèles qu'elles soignent et elles connaissent leurs conditions de vie (Cohen & Gregory, 2009). De plus, lorsque les infirmières agissent dans une optique de promotion de la santé, elles sont en mesure d'occuper une variété de rôles pour agir plus directement dans l'environnement de personnes vulnérables (Benson & Latter, 1998; Salazar & Primomo, 1994; Whitehead, 2006). Par exemple, à travers leurs activités d'accompagnement de personnes/familles vulnérables, il arrive que des infirmières déplacent leurs interventions dans des ressources de la communauté. La pratique infirmière en contexte de vulnérabilité sociale et les interventions que posent ces professionnelles dans le milieu de vie et les ressources destinées à des clientèles vulnérables demeurent toutefois peu documentées (Reutter & Kushner, 2010; Richard, Gendron, Beudet, Boisvert, Sauvé, & Garceau-Brodeur, 2010; Smith, 2007). De plus, les assises de la discipline infirmière étant également peu représentées dans ce champ de recherche sur les pratiques infirmières en contexte de vulnérabilité sociale, notre capacité d'accompagner l'élaboration de la pratique infirmière d'interface émergente s'avérait limitée. Dès lors, pour augmenter la capacité d'agir des infirmières en contexte de vulnérabilité sociale, ce qui apparaît comme un besoin reconnu (Breton et al., 2008), il est essentiel de documenter la pratique infirmière d'interface empiriquement et de se doter de repères théoriques pour la concevoir.

Un examen du concept d'interface confirme que les savoirs qui se rapportent à une pratique d'interface en contexte de vulnérabilité sociale sont restreints. Par ailleurs, la perspective infirmière est peu représentée dans les écrits. L'interface a surtout été étudiée du point de vue des facteurs

organisationnels et politiques qui influencent l'intervention dans le domaine de la santé (Baracskey, 2012; Jbilou & Reinharz, 2006; Paquette & Reinharz, 2009). Quelques études se sont tout de même intéressées à l'interface selon la perspective des acteurs qui s'y adonnent, soit sous l'angle de la pratique (Price & Williams, 2003; Robinson, 1999; Turnbull & Beese, 2000). Il n'en demeure pas moins que les études qui portent sur le concept ou la pratique d'interface font rarement état de repères conceptuels. À notre avis, la pénurie de fondements théoriques à la base de ces recherches restreint les possibilités de soutenir l'élaboration de pratiques d'interface et de comprendre l'agencement dynamique des composantes qu'elles comportent. Dans l'ensemble, nous disposons donc de peu de repères empiriques, pratiques et théoriques pour comprendre la pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale et contribuer à son développement. Dès lors, le but de cette étude consistait à modéliser la pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale.

### **Repères conceptuels**

Une perspective systémique ancrée dans une épistémologie constructiviste (Le Moigne, 2006, 2012) a été privilégiée pour appréhender la pratique infirmière d'interface en émergence. Ce repère théorique a été instrumental pour concevoir notre objet d'étude en tant que système afin de réfléchir son agir complexe. La pratique d'interface a ainsi été abordée comme un système complexe constitué de cinq composantes (Le Moigne, 2006) : une structure (acteurs vivants et non vivants de la pratique); des activités (processus dans lesquels les acteurs s'engagent en interaction); des finalités (intentionnalité et projets qui mobilisent les acteurs dans l'action); un environnement (espace au travers duquel la pratique s'organise, fonctionne et évolue); et son évolution (transformation de la pratique dans l'espace-temps).

Fondamentale à la discipline infirmière, la notion de « pratique » mérite d'être réfléchi et conceptualisée au travers de la recherche, particulièrement lorsqu'elle en constitue l'objet central. Apparaissant encore relativement peu théorisée dans la discipline infirmière, la pratique a été examinée à travers une analyse de conceptions de théoriciennes infirmières (Richard, Gendron, & Cara, 2012). Au terme de cette analyse, une conception systémique de la pratique a été proposée et nous a amené à cibler des pistes pour poursuivre le développement théorique du concept de pratique en sciences infirmières : 1) considérer le soin comme activité fondamentale qui caractérise l'agir complexe de la pratique infirmière; 2) identifier la diversité d'acteurs et de savoirs en interaction qui structurent la pratique; 3) reconnaître l'intentionnalité de la pratique, soit les finalités poursuivies par ses acteurs; 4) envisager

l'environnement de la pratique comme une composante constitutive de son organisation, de son fonctionnement et de sa transformation; et 5) souligner l'intérêt d'aborder la transformation de la pratique à partir de processus réflexifs qui participent à son développement et produisent du changement. C'est à partir de ces repères conceptuels que des questions de recherche ont été précisées pour étudier la pratique infirmière d'interface en tant que système complexe (voir la Figure 1).

### **Méthode de recherche**

Un devis qualitatif exploratoire multicentrique a été adopté pour étudier la pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale. Ce choix s'est avéré pertinent pour produire des connaissances à la fois détaillées et circonstanciées à propos d'une pratique en développement, dont les repères et les processus constitutifs n'étaient pas encore clairement définis (Deslauriers & Kérisit, 1997).

Étant donné notre orientation épistémologique, nous avons constitué un échantillon qui allait permettre d'étudier la pratique infirmière d'interface en tant que système. Il s'agissait donc de composer un échantillon d'acteurs et d'activités, en plus de considérer des milieux et des programmes qui offraient l'opportunité de mieux comprendre cette pratique en élaboration. Une stratégie d'échantillonnage intentionnel a été utilisée, à partir de critères prédéfinis (Patton, 1990). Dans l'ensemble, nous visons une certaine hétérogénéité pour assurer la variabilité des paramètres du phénomène considéré (Miles & Huberman, 2003). Ce principe de diversification a été privilégié afin de s'enquérir d'une vision étendue de la pratique infirmière d'interface et pour identifier ses processus constitutifs au travers d'un ensemble de variations (Pires, 1997). Sur ces bases, un échantillon de 15 infirmières œuvrant au sein de trois CSSS à l'intérieur de deux types de programmes<sup>1</sup> qui comportaient différents degrés de développement d'une pratique d'interface fut composé, dans une région urbaine donnée. La démarche d'entrée dans les milieux et le processus de recrutement des infirmières ont procédé en collaboration avec les représentants de la recherche, les chefs de programmes et les équipes interprofessionnelles en CSSS, de manière à ce que l'étude s'agence à la réalité vécue du terrain. L'étude a reçu l'approbation de trois comités d'éthique à la recherche, soit un comité pour chaque CSSS participant.

Afin de se doter d'un espace d'échange pour alimenter nos réflexions et contribuer à la qualité de cette recherche, un dispositif d'accompagnement a été mis sur pied. Ce comité consultatif était composé d'infirmières dont les expériences professionnelles recouvraient les univers de la pratique, de la gestion, de l'enseignement et de la recherche. Spécifiquement, les membres de

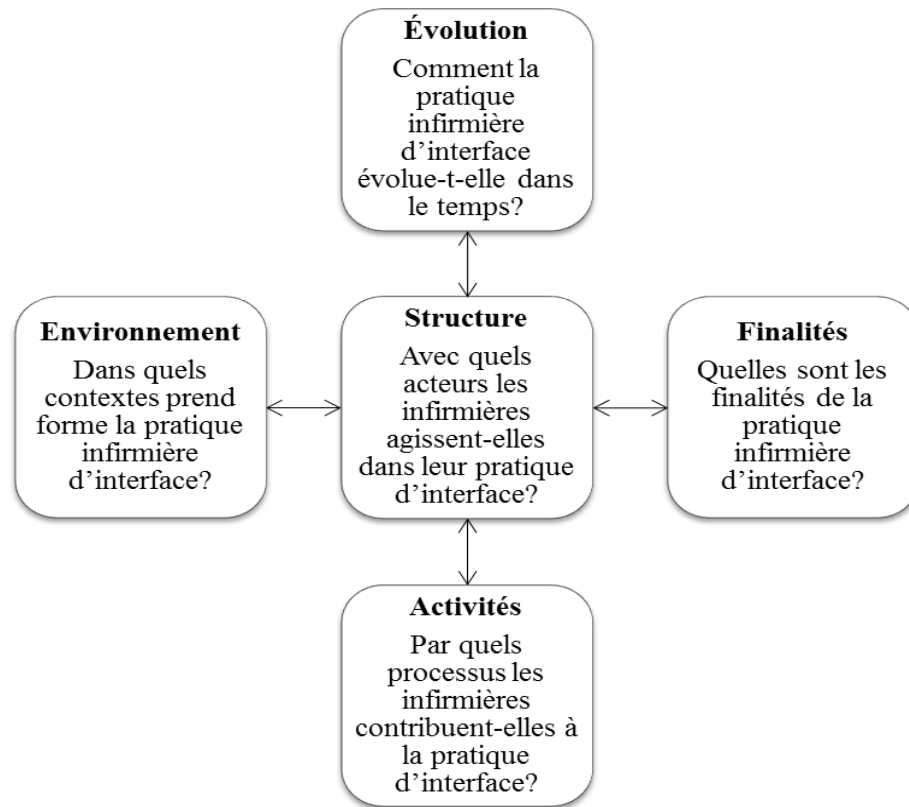


Figure 1. Questions de recherche pour étudier la pratique infirmière d'interface comme système complexe.

ce comité ont orienté le processus d'échantillonnage dans la sélection des interlocuteurs privilégiés à rencontrer pour la tenue d'entretiens informels et pour l'identification de situations d'observation.

Par ailleurs, le caractère itératif du processus de la recherche qualitative (Creswell, 2007) nous a amené à privilégier une démarche concourante de collecte et d'analyse des données, celle-ci empreinte de boucles récursives. Cet aspect itératif a fait en sorte que le parcours de la recherche, de même que les outils de collecte de données, ont été ajustés à même les savoirs construits et les interrogations suscitées (Becker, 2002; Gendron, 2001).

Pour la collecte de données, trois méthodes ont été choisies. Des entretiens semi-dirigés d'une durée moyenne de 90 minutes ont été réalisés auprès de quinze infirmières, afin de mieux comprendre la pratique d'interface

en élaboration, se renseigner sur le déroulement de l'action et faire ressortir les représentations qui sous-tendent cette pratique (Pinson & Sala Pala, 2007). À la suite de chaque entretien, une synthèse était produite puis envoyée à la participante afin de lui offrir la possibilité de préciser et de bonifier sa pensée en regard des propos tenus, ainsi que selon une visée de crédibilité. Avec le consentement des participantes, chaque entretien a été enregistré sur bande audionumérique et transcrit intégralement (Poland, 2002). Un bref questionnaire auto-administré complété à la suite de chaque entretien a été utilisé pour dresser le profil professionnel et de formation des participantes.

La pratique d'interface de deux infirmières particulièrement impliquées dans des activités se déroulant à l'interface des CSSS et des ressources de la communauté a ensuite fait l'objet de 50 heures d'observation directe et participante (Laperrière, 2010; Peretz, 2007), sur une période d'une année. Cette observation s'est déroulée dans le contexte d'interventions réalisées par les infirmières dans diverses ressources du milieu. Cela nous a également permis d'observer des rencontres d'équipes interprofessionnelles en CSSS et de réaliser 14 heures d'entretiens informels avec des interlocuteurs privilégiés de la pratique d'interface, soit des gestionnaires et des intervenants des CSSS et des ressources communautaires.

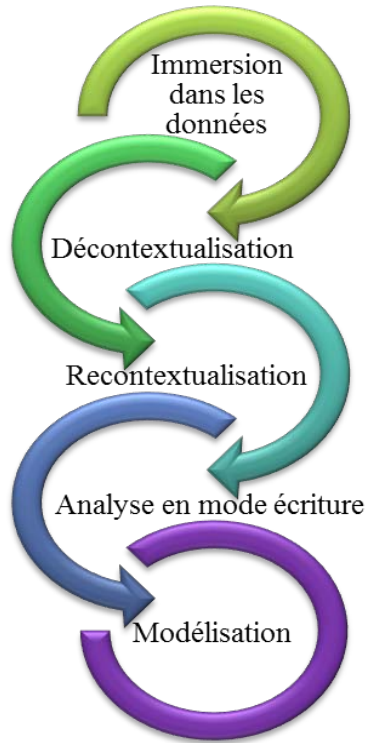
Toujours avec l'intention de raffiner notre compréhension du rôle des infirmières et de dresser un portrait détaillé du contexte de leur pratique d'interface, une analyse de documents programmatiques et gouvernementaux a été réalisée (Cellard, 1997). Au total, une cinquantaine de documents ont été recueillis, incluant des comptes-rendus de rencontres interprofessionnelles; des planifications annuelles de tables de concertation impliquées avec les CSSS; des ententes de services; les projets cliniques des CSSS; des listes de ressources de quartier; des documents de formation spécifiques à l'intervention des infirmières; des études de besoins menées sur le territoire; ou encore, des cadres de référence programmatiques.

Le processus d'analyse privilégié dans cette recherche a fait intervenir, de manière itérative, des activités d'organisation, de segmentation, de codification, de comparaison, de classification et de synthèse des données. En particulier, notre démarche a été orientée par la méthode de Tesch (1990), les propositions de Paillé et Mucchielli (2008) et les stratégies d'analyse de Miles et Huberman (2003). Ces méthodes ont été choisies pour la description riche et claire de leur processus d'analyse. La Figure 2 représente le processus général d'analyse de données qualitative entrepris dans cette recherche. Ce processus est illustré à base de flèches circulaires pour marquer son caractère itératif et les nombreux allers-retours qu'il a comporté.

Durant le processus d'immersion et d'appropriation des données de recherche (Creswell, 2007; Huberman & Miles, 2003; Paillé & Mucchielli, 2008; Tesch, 1990), nous avons fait preuve d'ouverture quant à des possibilités d'interprétations multiples des données. Il s'agissait d'une phase préparatoire au cours de laquelle nous avons procédé à des lectures et des relectures fréquentes de l'ensemble du matériel de recherche, en prenant soin de consigner en marge nos interrogations concernant les propos qui étaient émis et d'identifier des passages ou des mots qui nous apparaissaient importants, soit parce qu'ils étaient récurrents, soit parce qu'ils illustraient différentes dimensions explorées de la pratique infirmière d'interface. Au cours de cette étape, des mémos descriptifs et interprétatifs ont été rédigés pour consigner les idées et les réflexions. Il s'agit d'une méthode créative permettant de porter un regard nouveau sur les données et qui amène le chercheur à mener sa réflexion à un niveau conceptuel plus élevé (Gendron, 2001; Miles & Huberman, 2003).

L'étape de décontextualisation (Tesch, 1990) a fait intervenir les synthèses d'entretiens validées par les infirmières participantes et les transcriptions intégrales des entretiens de recherche. Elle s'est déroulée par la segmentation des textes en unités de sens et par la codification des idées, aboutissant à l'élaboration d'un lexique de codes. Dans le but d'assurer une compréhension partagée de ce lexique, des exercices de co-validation de l'attribution de codes à des extraits de matériel de recherche ont été effectués avec les directrices de thèse, à différents moments. Le processus de codification a aussi été supporté par un retour aux questions de recherche (Paillé & Mucchielli, 2008), pour faire ressortir les données qui semblaient les plus significatives. Une codification ouverte (selon les idées et les sujets émergents) de même qu'une codification procédant d'après des codes prédéfinis (à partir des questions de recherche fondées sur une perspective systémique), ont été entreprises. Durant cette phase, une attention particulière a été portée à la structure, à la forme et à la fonction des propos, en recherchant les passages contrastants ou contradictoires, de manière à compléter nos interprétations lorsque cela apparaissait incomplet. La création de catégories (Tesch, 1990) s'est déroulée par voie de comparaison constante des codes entre eux (Guba & Lincoln, 1989) et par le regroupement de codes qui renvoyaient à des catégories similaires. À cet effet, le recours à des diagrammes ainsi qu'à des modèles a été instrumental (Miles & Huberman, 2003) et a permis de formuler des hypothèses quant à la relation entre les acteurs de la pratique, leurs activités, les finalités qu'ils poursuivent et certains éléments contextuels. Pour nuancer les catégories, explorer de nouveaux angles d'analyse et soutenir la création de thèmes, nous avons tenté d'établir des liens entre les thèmes





*Figure 2.* Représentation générale du processus d'analyse de données qualitative utilisée dans cette étude.

émergents, les participantes et les milieux. C'est à ce moment que s'est amorcée l'analyse en mode écriture.

La méthode d'analyse en mode écriture (Paillé & Mucchielli, 2008), complémentaire aux démarches précédemment décrites, a permis de nous libérer des contraintes propres aux stratégies plutôt axées sur le repérage et la classification des unités de sens, donnant lieu à une analyse très vivante. Cette méthode a permis d'élaborer plus amplement nos interprétations. Un travail délibéré d'écriture et de réécriture nous a amené à explorer les liens entre les différentes dimensions de la pratique infirmière d'interface, ce qui fut un préambule indispensable à notre effort de modélisation systémique. Des exercices d'écriture intensifs se sont tenus sur une période de huit mois. Ils ont été soutenus par un accompagnement « engagé » de la directrice de thèse. Cet accompagnement a impliqué de sa part de s'adonner à des exercices d'écriture et de synthèses d'idées mis en forme à travers la lecture d'extraits du matériel

de recherche, ainsi que de soutenir notre processus interprétatif au travers de séances d'analyse de type *think aloud* (Koro-Ljungberg, Douglas, Therriault, Malcolm, & McNeill, 2013). Cette « dynamique d'analyse » a permis d'aiguiser nos capacités interprétatives, d'orienter les réflexions émergentes, de valider certaines interprétations et de cerner de nouvelles hypothèses d'interprétation (Coffey & Atkinson, 1996; Gendron, 2001). Par ailleurs, des lectures poursuivies tout au long du processus d'analyse de données ont servi à alimenter notre sensibilité théorique, conférant ainsi une certaine richesse conceptuelle à l'analyse, en plus de s'avérer un support précieux pour articuler certains thèmes.

Une méthode de modélisation systémique a également été utilisée en guise de support interprétatif (Le Moigne, 2006). Les modèles s'avèrent des outils pertinents pour aiguiser les capacités du modélisateur-chercheur à imaginer, à inventer et à concevoir un phénomène complexe, donc à soutenir son acte d'interprétation. La modélisation systémique se définit comme une démarche selon laquelle on fait ingénieusement du sens (Le Moigne, 2006), à partir de propriétés reliant et d'une attention portée aux processus qui informent, organisent et transforment un phénomène à l'étude. Au fil de la démarche d'analyse, des modèles ont été élaborés en tant que supports interprétatifs, tout en permettant une mise en relation des thèmes. À l'instar de Gendron (2001), les premières et très sommaires modélisations qui ont été produites ont stimulé notre réflexion aux différentes étapes du processus d'analyse en mode écriture. De plus, les modèles produits au fil de la démarche se sont avérés instrumentaux pour partager nos réflexions avec nos directrices de thèse et mettre à l'épreuve nos interprétations, de même que pour identifier de nouvelles pistes à explorer. La modélisation a ainsi permis de représenter les interprétations, de réfléchir les liens entre celles-ci et d'identifier de nouvelles zones à élucider, tout en créant, par l'entremise de la construction de modèles (et leur présentation), des espaces de dialogue pour partager réflexivement diverses interprétations et construire un sens.

Des critères de qualité de la recherche ont été privilégiés, en accord avec notre positionnement constructiviste (Lincoln, 1995; Lincoln & Guba, 1985). Ils sont présentés dans le Tableau 1 et illustrés par des exemples de procédures utilisées dans cette recherche pour y répondre.

### **Résultats de recherche**

Quatre thèmes qualifient la pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale. Chacun de ceux-ci est présenté dans la section suivante et des extraits verbatim servent de repères illustratifs.

Tableau 1  
Critères et procédures de qualité de la recherche

<b>Critères de qualité de la recherche</b>	
<b>Critères</b>	<b>Procédures pour y répondre</b>
<b>▪ Critères épistémiques</b>	
Crédibilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps investi sur le terrain;</li> <li>- Supervision de la collecte de données par les directrices de thèse et accompagnement du processus interprétatif en cours d'analyse;</li> <li>- Mise en place d'un dispositif d'accompagnement;</li> <li>- Exercices de validation des synthèses des entretiens de recherche auprès des participantes;</li> <li>- Concomitance de la collecte de données, de l'analyse et de la modélisation;</li> <li>- Discussion des résultats émergents en cours d'analyse avec les équipes interprofessionnelles;</li> <li>- Littérature consultée tout au long du processus de recherche.</li> </ul>
Transférabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédaction d'un journal de bord pour consigner le parcours de la recherche, décrire le contexte dans lequel la recherche a évolué et noter le compte-rendu de l'étude.</li> </ul>
Confirmabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Classement et identification du matériel de recherche pour en faciliter l'accès;</li> <li>- Enregistrement et transcription intégrale des entretiens;</li> <li>- Partage du matériel de recherche avec les directrices et ajout de fragments de données empiriques dans la thèse.</li> </ul>
Imputabilité procédurale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description détaillée de la démarche de recherche;</li> <li>- Tenue d'un journal de bord pour consigner la chronologie et l'évolution du processus de recherche;</li> <li>- Outils utilisés disponibles dans la thèse.</li> </ul>

Tableau 1  
Critères et procédures de qualité de la recherche (suite)

■ Critères d'authenticité	
Intégrité	- Pour s'enquérir d'une perspective globale et aiguisée de la pratique d'interface, et pour rendre justice à la diversité d'acteurs qu'elle mobilise, l'étude a non seulement sollicité la participation d'infirmières mais aussi celle d'autres acteurs rencontrés en entretiens informels en cours d'observation.
Réciprocité	- Volonté commune (étudiante et milieux de recherche) de se doter d'espaces d'échanges durant le processus de recherche, ce qui a permis de soutenir la démarche interprétative, de favoriser l'interaction des équipes à différentes phases du déroulement de l'étude et de susciter une certaine ouverture de leur part à propos de nouvelles opportunités d'observation.

***Thème 1 : Un projet de conformité à une norme sociale d'autonomie***

Une finalité d'autonomie mobilise les infirmières dans leur pratique d'interface. Cependant, ce projet d'autonomie est représenté comme exigence de conformité à une norme contemporaine qui se pose en tant que règle de référence quant à la manière dont il est attendu qu'un individu fonctionne et s'adapte en société. Trois dimensions composent ce projet de conformité à l'autonomie. D'une part, l'autonomie est abordée en tant qu'impératif, soit comme un but que la personne vulnérable doit atteindre, auquel elle doit se conformer et pour lequel il est attendu qu'elle s'engage. Dès lors, « être » ou « devenir » autonome ne constitue pas un choix, mais se pose plutôt comme une exigence. Cette infirmière en témoigne : « (...) l'autonomie c'est le but d'une certaine façon, il faut qu'ils deviennent autonomes » (Participante 2). D'autre part, l'autonomie est abordée au travers une visée d'indépendance. La personne doit s'engager, pour se prendre en main, s'activer face à sa situation de vulnérabilité, et faire les choses « par elle-même » pour répondre à ses besoins, cela sans être ou devenir dépendante d'autrui. Cet extrait l'illustre : « ...il faut s'assurer que la cliente se prenne en charge par elle-même. Qu'elle accède aux services par elle-même, qu'elle soit fonctionnelle dans la société. Qu'elle prenne son envol » (Participante 7). Enfin, l'autonomie est envisagée à partir d'une intention de responsabilisation de la clientèle. Les infirmières

expriment ainsi l'idée que la responsabilité d'agir revient à la personne pour faire évoluer sa propre situation. Une participante précise :

C'est de responsabiliser la personne. La plupart du temps si on les inscrit (à une activité), on dit : « regarde, je t'ai inscrit » ou « je te réfère à tel endroit », (puis) c'est la responsabilité de la personne d'y aller (Participante 5).

### ***Thème 2 : Des processus d'engagement relationnels***

Le second thème correspond à des processus d'engagement relationnels qui exigent des infirmières d'exercer l'art de mettre en relation et de créer des liens « avec » la personne vulnérable de même qu'« entre » celle-ci et les acteurs du milieu. Ces processus d'engagement font ressortir des dynamiques relationnelles de confiance, d'empathie et d'appivoisement.

L'engagement avec la clientèle prend forme au travers d'activités d'accompagnement dans les ressources de la communauté, avec l'intention de faire en sorte que la personne se sente en confiance et aussi lui donner un petit « coup de pouce » pour l'amener à se mobiliser vis-à-vis de sa condition : « Quand on les accompagne, ça permet de leur donner confiance. (...) Ça prend la confiance pour qu'ils se déplacent dans les ressources par la suite » (Participante 8). La confiance se développe aussi grâce au rapport de proximité que requiert l'accompagnement et qui suppose d'« être avec » la personne dans son cheminement, dans la poursuite de ses démarches et de ses projets, afin qu'un lien signifiant puisse se développer. En corollaire, l'engagement avec la clientèle s'inscrit également dans une dynamique relationnelle d'empathie. Les infirmières tentent d'identifier et de se représenter le vécu de l'Autre, pour mieux le comprendre et le soutenir. Pour ce faire, elles essaient de se mettre à la place de la personne vulnérable tout en référant à leurs propres expériences personnelles, tel que le relate cette participante :

Quand tu vas dans un organisme communautaire, t'arrives devant une bâtisse, les grands escaliers... Tu te dis : « ouf! J'y vais-tu, j'y vais-tu pas, j'y vais-tu, j'y vais-tu pas? ». Comme intervenante tu dis aux jeunes : « bon ok, on y va. *Let's go*. On rentre. On sonne. » Mais on sait bien que ça prend du courage pour y aller. Donc je leur propose qu'on y aille ensemble (Participante 3).

En tentant de saisir « de l'intérieur » le vécu singulier des personnes, les infirmières expérimentent une forme de résonance émotionnelle qui leur permet de ressentir ce que la clientèle éprouve et d'en être affectées. Cela se traduit toutefois par un rapport à la vulnérabilité qui peut s'avérer exigeant pour les infirmières et avec lequel elles doivent composer pour demeurer des personnes-ressources pour la clientèle. Cet extrait en témoigne :

C'est lourd en termes de problématiques, de besoins, de souffrances aussi. Souffrance physique, souffrance psychologique. C'est très lourd... c'est l'extrême pauvreté. C'est souffrant pour moi aussi, malheureusement. On est là. Ça vient nous toucher. On doit lâcher-prise (Participante 7).

Par ailleurs, l'engagement relationnel auprès des acteurs du milieu s'inscrit dans des processus d'appropriation qui visent un accès privilégié des infirmières aux différentes ressources de la communauté. Il s'agit pour elles de faciliter l'instauration de réseaux d'aide et de soutien autour des clientèles vulnérables. Cet appropriation implique pour les infirmières de se déplacer dans le milieu de vie des personnes et de prendre un certain temps pour apprendre à connaître ses acteurs (par exemple : les intervenants des ressources communautaires, les travailleurs du métro, les commerçants du quartier). Les liens qui se tissent deviennent, en quelque sorte, un préalable pour intervenir auprès de personnes vulnérables dans différents lieux de l'espace social. En retour, cela exige pour les infirmières de mettre de l'avant leurs capacités relationnelles et de faire preuve d'adaptation pour approcher une gamme variée d'acteurs :

C'est sûr que quand t'arrives dans le milieu, que t'es toute neuve et que les gens (ne) te connaissent pas, tu te retrouves dans la phase où on t'observe et où on te teste, tu dois t'adapter... vas-tu passer le test? Pour ça, on (ne) doit pas arriver comme un colonisateur qui veut changer le monde et qui détient la raison, parce que ça risque de briser les liens avec eux et ne pas permettre d'aller dans la ressource. Tu dois arriver et être plutôt *low-profile*, prendre le temps d'observer les gens, de voir comment ça marche sur place...pour gagner ton accès (Participante 12).

### ***Thème 3 : L'action stratégique des infirmières***

Une conception stratégique de l'action a été mise en évidence dans le propos des infirmières, notamment à l'aide des écrits de Crozier et Friedberg (1977) sur l'analyse sociologique de l'action. Cette perspective souligne la part des intérêts dans les rapports qui s'établissent entre les infirmières et les autres acteurs de la pratique. En particulier, quatre stratégies auxquelles ont recours les infirmières dans leur pratique d'interface ont été identifiées.

D'une part, les infirmières déploient une stratégie de contrainte qualifiée de « douce et habile » pour engager la clientèle vulnérable envers le projet de conformité à une norme d'autonomie. Cette stratégie opère avec une considération certaine des besoins de la personne, de ses projets et de la direction qu'elle souhaite emprunter pour parvenir à se réaliser. Cependant, elle

procède aussi de manière « discrète » et « subtile » pour orienter ou modifier le cours de la trajectoire des personnes vulnérables, de manière à ce qu'elles adhèrent au projet d'autonomie. De la sorte, les infirmières peuvent intervenir sur des problèmes qu'elles jugent prioritaires à priori, tout en tentant de préserver les liens établis avec la clientèle :

C'est d'offrir des services aux jeunes en partant de leurs demandes. Mais on va aussi partir des besoins que nous on reconnaît (...) pour qu'ils deviennent autonomes. C'est sûr qu'on ne peut pas forcer un jeune à faire quelque chose, mais si on voit qu'il a un grand problème, puis qu'il ne le reconnaît pas, on va quand même travailler un peu sur le problème de façon assez discrète. C'est subtil. C'est subtil. (...) mais c'est important de garder un bon lien avec les clients (Participante 15).

D'autre part, les infirmières font valoir les apports et la pertinence de leurs actions auprès des acteurs du milieu, afin d'accroître l'accès de la clientèle à leurs services. Cette stratégie implique de mettre à profit des atouts professionnels; les atouts étant des forces en présence dans la relation entre les acteurs de la pratique d'interface (Crozier & Friedberg, 1977). Il peut s'agir des connaissances et des compétences dont disposent les infirmières du fait de leur position sociale, ou encore, de l'image positive de soignante qu'elles représentent. Cette stratégie permet ainsi aux infirmières de se positionner comme personnes-ressources à la disposition des acteurs du milieu et d'en retirer certains bénéfices particuliers, comme le rapporte cette participante :

On a des connaissances en santé... On peut faire la promotion de services, de ce qu'on a dans notre sac à dos et qu'on peut offrir aux jeunes dans leur ressource. (...) C'est assez facile à vendre en plus : « Je peux faire des tests de grossesse, du dépistage... » C'est utile pour commencer à créer nos liens (Participante 15).

Par ailleurs, les infirmières adoptent une stratégie de protection de leur marge de manœuvre afin de préserver leur accès aux ressources du milieu et leur capacité d'intervention dans ces ressources. Pour ce faire, elles font preuve de compromis face à des situations d'intervention auprès de la clientèle qu'elles jugent moins optimales; s'investissent dans un espace relationnel informel avec les acteurs du milieu en dehors des heures de travail rémunérées pour maintenir leurs liens dans le temps; et tentent de choisir les personnes avec qui collaborer, selon des affinités partagées. Cette infirmière explique : « Évidemment souvent on choisit nos partenariats, pour que ce soit plus facile, et ça permet de les maintenir plus longtemps... mais surtout, ça prend ça pour protéger ton accès dans les ressources » (Participante 14).

La dernière stratégie dont rendent compte les infirmières consiste à s'interposer pour influencer les rapports de force dont elles sont témoin entre les personnes vulnérables et les acteurs du milieu; des rapports qui sont généralement au détriment de l'autonomie projetée de la clientèle. Cette stratégie vise à restituer aux personnes vulnérables un statut d'acteur dans une société au sein de laquelle elles sont souvent qualifiées de déviantes et dérangeantes. Les infirmières font donc usage de leur position sociale pour influencer favorablement celle des personnes vulnérables. Cette participante l'exprime :

(...) on voulait réussir à leur faire voir la clientèle autrement. Au départ c'était (les préjugés) des drogués, des prostitués qui ne voulaient rien savoir et qui avaient des comportements dérangeants. Je pense qu'on a réussi. Ces problèmes-là (les individus vulnérables) sont devenus des personnes qui ont des difficultés, qui partent de très loin dans leur vie... Ça permet d'aider à améliorer leurs liens et d'humaniser tout ça. C'est bon pour notre clientèle en bout de ligne (Participante 14).

#### ***Thème 4 : Un espace contradictoire de reconfiguration identitaire***

Une dynamique contradictoire qualifie l'espace dans lequel se déroule la pratique infirmière d'interface. Cette contradiction résulte, notamment, d'un ensemble de questionnements, d'incompréhensions et de remises en question exprimés par des membres de leurs équipes interprofessionnelles et des intervenants de ressources communautaires à l'égard de cette pratique encore méconnue. La pratique d'interface ne s'inscrit pas dans la norme de pratique clinique ou biomédicale selon laquelle on conçoit généralement le rôle des infirmières. Ainsi, les infirmières reçoivent peu de soutien pour s'engager dans une pratique d'interface (au-delà des frontières du CSSS), et elles sont appelées à devoir justifier la légitimité de leurs actions qu'elles investissent dans des lieux non traditionnels du soin. Une infirmière rapporte :

Jusqu'à présent, je n'ai pas eu de refus pour aller dans les ressources, mais je me fais souvent demander : « Pourquoi tu l'accompagnes? Pourquoi il faut que ce soit toi? Est-ce que la cliente n'est pas capable d'y aller toute seule? ». Je dois m'expliquer pour avoir la permission d'y aller (Participante 9).

Cette dynamique contradictoire au développement de la pratique d'interface alimente toutefois un processus de reconfiguration identitaire de l'identité professionnelle des infirmières au sein de leurs équipes et de leurs réseaux d'intervention. Une participante se qualifie en tant qu'« infirmière



sociale », à travers la réflexion et l'affirmation suscitées par les remises en question fréquentes à l'égard de sa pratique d'interface :

Dans ma pratique dans les milieux, je suis moins dans la maladie ou le médical (...) je fais plus de social. Alors j'ai l'impression qu'on détourne la façon habituelle de la pratique. On est un peu sur la limite de nos règles, de ce que ça fait une infirmière dans sa pratique normalement... Mais je me juge quand même professionnelle. Je suis une infirmière sociale... (Participante 5).

### **Discussion**

Les résultats de cette recherche sont confirmés par des écrits en sciences infirmières et en sciences sociales.

Premièrement, la finalité d'autonomie est abordée en tant que norme sociale impérative constitutive de la modernité et à laquelle les individus sont attendus de se conformer (Astier, 2007; Châtel & Roy, 2008; Taylor, 1992). Cette façon particulière de concevoir l'autonomie se distingue toutefois de la manière dont on l'aborde généralement en sciences infirmières ou dans d'autres domaines d'intervention sociale. Dans ces disciplines, l'accent est plutôt porté sur les dimensions positives d'autodétermination et d'autoréalisation de la personne, sans égard à une orientation normative. Nos résultats signalent ainsi un appel à la vigilance. Pour ne pas vulnérabiliser davantage les clientèles au travers les impératifs de conformité à des normes sociales dominantes que peuvent véhiculer les interventions infirmières (Perron, Fluet, & Holmes, 2005), il est indispensable de réfléchir aux différents projets qui mobilisent les infirmières dans leur pratique et de les examiner sous un angle critique.

Les processus d'engagement relationnels illustrés dans le second thème des résultats sont amplement soulignés dans les travaux théoriques et de recherche en sciences infirmières qui abordent le processus d'« être avec » la personne soignée selon une philosophie du *caring* (Benner & Wrubel, 1989; Boykin & Schoenhofer, 2001; Leininger, 1988; O'Reilly & Cara, 2010; Roach, 2002; Watson, 2012), ainsi que dans les écrits sur l'accompagnement (Clément, Gélinau, & McKay, 2009; Gagnon, 2009; Laramée, 2013; Paul, 2004). Toutefois, le processus de mise en relation de la clientèle vulnérable avec des ressources et celui d'appropriation d'acteurs du milieu sont peu abordés et n'apparaissent pas théorisés en sciences infirmières. En plus de représenter une contribution originale de cette étude, ces processus permettent de concevoir d'autres postures de proximité auprès de clientèles vulnérables. Celles-ci requièrent pour les infirmières de franchir leurs frontières d'action traditionnelles et d'élargir le spectre des acteurs avec lesquels collaborer pour contribuer à la réduction de la vulnérabilité sociale.

En ce qui a trait au troisième thème, nous constatons que les théoriciennes en sciences infirmières conçoivent peu l'action en termes stratégiques (DeMarco & Roberts, 2003; Erlen & Frost, 1991; Rafael, 1996). La notion d'intérêt, centrale à une représentation stratégique de l'action (Crozier & Friedberg, 1977), est donc en apparence absente de la littérature en sciences infirmières. Le fait de penser en termes stratégiques nous amène à concevoir l'action des infirmières comme n'étant pas uniquement orientée par des besoins et des expériences vécues dans une optique de renforcement de la capacité d'individus. L'action des infirmières peut également s'inscrire dans un rapport de force à partir duquel elles tentent de négocier et de construire leur capital relationnel pour pouvoir intervenir.

La dynamique contradictoire décrite dans le dernier thème des résultats ressort aussi dans des écrits qui font état d'une crise de légitimité chez les acteurs de la santé qui tentent d'intégrer une dimension sociale dans leur pratique (Astier, 2007; Fassin, 1996; Purkis, 1994). Selon la sociologie des professions, cette dynamique contradictoire peut cependant être envisagée comme un levier de changement des pratiques professionnelles (Abbott, 1988). D'ailleurs, nos résultats suggèrent que la contradiction inhérente à l'espace dans lequel s'élabore la pratique d'interface donne lieu à un processus de reconfiguration identitaire des infirmières en tant qu'« infirmières sociales ». Située dans un espace social et marquée par l'action stratégique, la pratique est inévitablement façonnée au travers l'interaction d'une diversité d'acteurs, de savoirs, de projets et de normes sociales, d'où l'apport d'une conception de la pratique comme système complexe comportant des dynamiques réflexives.

Enfin, au plan théorique, ces résultats présentent une contribution originale aux savoirs disciplinaires sur le concept de pratique en sciences infirmières. En particulier, ils nous amènent à considérer les interventions infirmières et le soin sous un angle stratégique; à qualifier la dimension relationnelle de la pratique selon des processus d'engagement non seulement avec la clientèle, mais aussi avec d'autres acteurs du milieu, dans une perspective de mise en réseau; et à renouveler notre conception de l'environnement de la pratique en tant qu'espace d'interaction, au-delà des frontières des établissements de santé. Cette recherche empirique s'est donc avérée un cas à partir duquel réfléchir conceptuellement la pratique et entreprendre l'amorce d'une théorie de la pratique en sciences infirmières (Richard, 2013).

### **Réflexion méthodologique**

Dans ce qui suit, nous portons un regard critique sur quatre défis particuliers avec lesquels nous avons dû composer dans le cadre de cette recherche.

Premièrement, le recours à une lentille systémique a permis d'aborder la pratique infirmière d'interface en tant que système. Ce mode d'organisation de la pensée nous a amené à considérer les multiples composantes et processus constitutifs de cette pratique, en vue d'appréhender son agir complexe. Le fait de s'inscrire dans une perspective systémique n'est toutefois pas chose simple. Ce mode de raisonnement a exigé de considérer les différentes parties qui composent la pratique infirmière d'interface, sans les isoler, donc au travers des liens qui les relient et qui constituent le tout. Le défi qui s'est posé en cours d'analyse de données et pour la rédaction de la thèse était celui de discerner les « reliances » essentielles à raconter pour rendre compte de cet agencement dynamique de manière intelligible. Edgar Morin (1982) conçoit, de manière éloquente, l'enjeu que pose le mode de pensée complexe pour le chercheur : « Distinguer sans isoler, mêler sans confondre » (p. 63). Pour composer avec cette complexité, la modélisation systémique s'est avérée essentielle. Cette méthode nous a permis de « mettre en forme » nos idées et de les discuter, à partir de représentations figuratives diverses.

Deuxièmement, partant de la prémisse selon laquelle l'établissement d'un dialogue entre les mondes du développement de savoirs et de la pratique se présente comme une sorte d'« obligation épistémologique » pour le chercheur dont la théorie de la connaissance s'inscrit dans un paradigme constructiviste (Gendron, 2001; Mantoura & Potvin, 2012), nous avons opté pour un dispositif d'accompagnement pour assurer davantage de cohérence entre la recherche et la pratique. Au terme de cette étude, il est à constater qu'un tel dispositif exige un investissement considérable de temps de la part du chercheur pour assurer la participation effective de ses membres, lesquels n'ont pas nécessairement été exposés à la recherche. La plupart des échanges avec les membres du comité d'accompagnement étaient de l'ordre de la clarification de la terminologie et de la méthodologie associées au projet. Par ailleurs, le recours à un tel dispositif étant encore relativement peu commun, la justification de sa pertinence auprès de ses membres, de même que l'éclaircissement des rôles de chacun, ont également mobilisé les discussions. *A posteriori*, le recours à ce dispositif n'était ni évident à concilier avec notre démarche d'apprentissage, ni réaliste à mettre en place de manière optimale dans le cadre d'un projet de recherche doctoral. Considérant notre expérience mitigée avec ce comité, nous croyons qu'il aurait été plus profitable d'y recourir durant la phase de problématisation de la recherche et pour l'analyse des données, pour discuter de certaines interprétations.

Troisièmement, au niveau de la collecte de données, le défi pour les infirmières de « mettre en mots » leur pratique d'interface a été constaté. Le recours à des synthèses des entretiens de recherche leur a tout de même permis

de porter un second regard sur leurs propos, de les préciser et, parfois même, de les bonifier. Dans le contexte où elles ont rarement l'occasion de s'adonner à de tels exercices de réflexion sur leur pratique (Beaudet et al., 2011), ces synthèses se sont avérées des supports pertinents et appréciés par les infirmières. Si nous devions répéter l'expérience, nous réaliserions de l'observation avec les infirmières à mi-parcours de la démarche de collecte de données, soit à la suite de quelques entretiens semi-dirigés. Les premiers entretiens serviraient ainsi à identifier des infirmières avec qui réaliser de l'observation (tel que ce fut le cas dans cette étude). Toutefois, en s'imprégnant du contexte de la pratique d'interface plus tôt dans le processus de recherche, il serait possible d'orienter plus finement les entretiens subséquents avec d'autres participantes. De la sorte, nous aurions pu bonifier notre processus d'entretien pour mieux accompagner les infirmières devant leurs difficultés de s'exprimer sur leur pratique en élaboration. Autrement, une méthode de récits de pratique (Riley & Hawe, 2005) aurait pu s'avérer intéressante à considérer avec les infirmières sélectionnées pour la phase d'observation. Permettant de se représenter l'action au travers d'exercices réflexifs, ces récits auraient pu agir à titre de supports pour réfléchir leur pratique d'interface en développement ainsi que la transformation de leur identité professionnelle.

Enfin, le dernier élément de cette réflexion critique porte sur le processus d'analyse de données. Combinant une analyse thématique et une analyse en mode écriture, notre démarche a certainement contribué à la qualité conceptuelle des résultats. Cependant, l'analyse en mode écriture exige la formulation d'hypothèses incertaines, lesquelles ont parfois suscité plus de questions que de réponses. Elle a aussi nécessité de multiples exercices de synthèse et un processus de réécriture s'échelonnant sur une période prolongée. Au-delà de ces défis, l'analyse en mode écriture s'est avérée une source de créativité inestimable pour construire du sens. Il est clair néanmoins que ce choix pose des exigences en termes d'accompagnement soutenu et qu'il nécessite de la part du chercheur des capacités d'écriture, de synthèse et d'élaboration conceptuelle. Une analyse conceptualisante (Paillé & Mucchielli, 2008), qui procède selon un schème de raisonnement particulier et par étapes, aurait pu être plus facilitante par rapport à notre apprentissage de l'analyse qualitative.

### **Conclusion**

Cette étude a permis de souligner la contribution d'infirmières à une pratique d'interface déployée de manière innovante aux frontières des CSSS pour soutenir la création de réseaux et l'accès à des ressources pour les personnes vulnérables. Elle s'est également avérée un cas exemplaire pour réfléchir le

concept de pratique en sciences infirmières et contribuer à l'avancement de savoirs disciplinaires. Une mise en perspective du processus de cette recherche a révélé de nombreux apprentissages et a permis de discuter de certains défis méthodologiques. L'article met au jour une part d'« intangible » propre à l'entreprise de recherche qualitative et ses méthodes d'analyse, que nous avons tenté d'explicitier et de réfléchir. Nous sommes d'avis que la tradition interprétative et les référents constructivistes de cette recherche ont été fondamentaux pour s'adonner à une telle démarche réflexive.

## Note

<sup>1</sup> Des programmes appartenant à l'offre de *Services généraux* et de *Services spécifiques* en CSSS ont été choisis. Le programme des *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* (SIPPE) a été retenu pour représenter l'offre de *Services généraux*. En ce qui a trait aux *Services spécifiques*, des programmes du secteur itinérance et du domaine de la *Santé au travail* ont été sélectionnés. Les programmes désignés comportaient des possibilités d'action à l'interface du CSSS et des ressources de la communauté dans une perspective de réduction de la vulnérabilité sociale.

## Références

- Abbott, A. D. (1988). *The system of professions : an essay on the division of expert labour*. Chicago, IL : University of Chicago Press.
- Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire (ACIISC) (2008). *Canadian community health nursing standards of practice*. Repéré à [http://www.chnc.ca/documents/chn\\_standards\\_of\\_practice\\_mar08\\_english.pdf](http://www.chnc.ca/documents/chn_standards_of_practice_mar08_english.pdf)
- Astier, I. (2007). *Les nouvelles règles du social*. Paris : Presses universitaires de France.
- Baracskay, D. (2012). How federal health policies interface with urban and rural areas : comparison of three systems. *Global Public Health*, 7(4), 317-336.
- Bartley, J. D. (2004). Health promotion and school nurses : the potential for change. *Community Practitioner*, 77(2), 61-64.

- Beaudet, N., Richard, L., Gendron, S., & Boisvert, N. (2011). Advancing population-based health promotion and prevention practice in community-health nursing. Key conditions for change. *Advances in Nursing Science*, 34(4), E1-E12.
- Becker, H. S. (2002). *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris : La Découverte.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring : stress and coping in health and illness*. Don Mills, ON : Addition-Wesley.
- Benson, A., & Latter, S. (1998). Implementing health promotion nursing : the integration of interpersonal skills and health promotion. *Journal of Advanced nursing*, 27, 100-107.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. O. (2001). *Nursing as caring : a model for transforming practice*. Sudbury, ON : Jones and Bartlett.
- Breton, M., Lévesque, J.- F., Pineault, R., Lamothe, L., & Denis, J.- L. (2008). L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle. *Pratiques et organisations des soins*, 39(2), 121-126.
- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. Dans J. Poupart, J.- P. Deslauriers, L.- H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Éds), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 251-271). Montréal, QC : Gaëtan Morin.
- Châtel, V., & Roy, S. (2008). *Penser la vulnérabilité : visages de la fragilisation du social*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Clavier, C. (2009). Les élus locaux et la santé : des enjeux politiques territoriaux. *Sciences sociales et santé*, 27(2), 47-74.
- Clément, M., Gélinau, L., & McKay, A.- M. (2009). *Proximité. Lien, accompagnement et soin*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Cohen, B., & Gregory, D. (2009). Community health clinical education in Canada. Part 2 : Developing competencies to address social justice, equity, and the social determinants of health. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 1-15.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design : choosing among five approaches* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Seuil.

- DeMarco, R. F., & Roberts, S. J. (2003). Professional development. Negative behaviors in nursing : looking in the mirror and beyond. *American journal of Nursing, 103*(3), 115-116.
- Deslauriers, J.- P., & Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.- P. Deslauriers, L.- H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Éds), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp. 85-111). Montréal, QC : Gaëtan Morin.
- Erlen, J. A., & Frost, B. (1991). Nurses' perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. *Western Journal of Nursing Research, 13*(3), 397-407.
- Fassin, D. (1996). *L'espace politique de la santé*. Paris : Presses universitaires de France.
- Frohlich, K. L., De Koninck, M., Demers, A., & Bernard, P. (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.
- Gagnon, E. (2009). Une société d'accompagnement. Dans M. Clément, L. Gélinau, & A.- M. McKay (Éds), *Proximités. Lien, accompagnement et soin* (pp. 333-353). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Gendron, S. (2001). *La pratique participative en santé publique : l'émergence d'un paradigme* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA : Sage.
- Huberman, A. M., & Miles, M. B. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris : De Boeck.
- Jbilou, J., & Reinharz, D. (2006). Développement d'interfaces entre les services de santé publique et les services cliniques de première ligne à Québec : une étude de cas. *Healthcare Policy, 2*(1), 79-90.
- Koro-Ljungberg, M., Douglas, E. P., Therriault, D., Malcolm, Z., & McNeill, N. (2013). Reconceptualizing and decentering think-aloud methodology in qualitative research. *Qualitative Research, 13*(6), 735-753.
- Laperrière, A. (2010). L'observation directe. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5<sup>e</sup> éd., pp. 311-336). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

- Laramée, M. (2013). *L'accompagnement comme idéaltype de l'intervention sociale : l'expérience et le point de vue de jeunes mères vivant une grossesse précoce et de leurs intervenantes dans un programme de soutien intensif* (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Montréal, Montréal, QC.
- Le Moigne, J.-L. (2006). *La théorie du système général : théorie de la modélisation*. (5<sup>e</sup> éd.). Repéré à <ftp://ftp-developpez.com/jean-louislemoigne/TGS-TM.pdf>
- Le Moigne, J.-L. (2012). *Les épistémologies constructivistes* (4<sup>e</sup> éd.). Paris : Presses universitaires de France.
- Leininger, M. (1988). Leininger's theory of nursing : cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*, 1, 152-160.
- Lincoln, Y. S. (1995). Emerging criteria for qualitative and interpretive research. *Qualitative Inquiry*, 3, 275-289.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA : Sage.
- Mallinson, S., Popay, J., & Kowarzik, U. (2006). Collaborative work in public health? Reflections on the experience of public health networks. *Critical Public Health*, 16(3), 259-265.
- Mantoura, P., & Potvin, L. (2012). A realist-constructionist perspective on participatory research in health promotion. *Health Promotion International*, 28(1), 61-72.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : De Boeck.
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012. Mise à jour 2008*. Montréal, QC : Direction générale de la santé publique du Ministère de la santé et des services sociaux. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>
- Morin, E. (1982). *Le vif du sujet*. Paris : Seuil.
- O'Reilly, L., & Cara, C. (2010). « Être avec » la personne soignée en réadaptation : une rencontre humaine profonde thérapeutique et transformatrice. *Recherche en soins infirmiers*, Décembre(103), 46-66.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Armand Colin.



- Paquette, D., & Reinharz, D. (2009). Le renforcement de l'interface entre les services de santé publique et de première ligne : enjeux et pistes de solution. *Healthcare Policy*, 4(4), 186-196.
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA : Sage.
- Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : L'Harmattan.
- Peretz, H. (2007). *Les méthodes en sociologie. L'observation*. Paris : La Découverte.
- Perron, A., Fluet, C., & Holmes, D. (2005). Agents of care and agents of the state : bio-power and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 5(5), 536-544.
- Pinson, G., & Sala Pala, V. (2007). Peut-on vraiment se passer de l'entretien en sociologie de l'action publique? *Revue française de science politique*, 57(5), 555-597.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupard, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Lapperrière, R. Mayer, & A. P. Pires (Éds), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Montréal, QC : Gaëtan Morin.
- Poland, B. (2002). Transcription quality. Dans J. F. Gubrium, & J. A. Holstein (Éds), *Handbook of interview research. Context and method* (pp. 629-650). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Price, A., & Williams, A. (2003). Primary care nurse practitioners and the interface with secondary care : a qualitative study of referral practice. *Journal of Interprofessional Care*, 17(3), 239-249.
- Purkis, M. E. (1994). Entering the field : intrusions of the social and its exclusion from studies of nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 31(4), 315-336.
- Rafael, A. R. (1996). Power and caring : a dialectic in nursing. *Advances in Nursing Science*, 19(1), 3-17.
- Reutter, L. I., & Kushner, K. E. (2010). Health equity through action on the social determinants of health : taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(3), 269-280.

- Richard, L. (2013). *Modélisation systémique d'une pratique infirmière d'interface en contexte de vulnérabilité sociale* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Richard, L., Gendron, S., Beaudet, N., Boisvert, N., Sauvé, M., & Garceau-Brodeur, M.-H. (2010). Health promotion and disease prevention among nurses working in local public health organizations in Montréal, Québec. *Public Health Nursing, 27*(5), 450-458.
- Richard, L., Gendron, S., & Cara, C. (2012). Modélisation systémique de la pratique infirmière comme système complexe : une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières. *Aporia, 4*(4), 25-39.
- Riley, T., & Hawe, P. (2005). Researching practice : the methodological case for narrative inquiry. *Health Education Research, 20*(2), 226-236.
- Roach, M. S. (2002). *Caring, the human mode of being : a blueprint for the health professions* (2<sup>e</sup> éd.). Ottawa, ON : Presses de l'Association Canadienne en Santé.
- Robinson, A. (1999). At the interface of health and community care : developing linkages between aged care services in a rural context. *Australian Journal of Rural Health, 7*, 172-180.
- Salazar, M. K., & Primomo, J. (1994). Tacking the lead in environmental health. Defining a model for practice. *American Association of Occupational Health nurses, 42*(7), 317-324.
- Smith, G. (2007). Health disparities : what can nursing do? *Policy, Politics & Nursing Practice, 8*(4), 285-291.
- Taylor, C. (1992). *Grandeur et misère de la modernité*. Montréal, QC : Bellarmin.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research : analysis types and software tools*. New York, NY : The Falmer Press.
- Turnbull, J., & Beese, J. (2000). Negotiating the boundaries : the experience of the mental health nurse at the interface with the criminal justice system. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7*, 289-296.
- Watson, J. (2012). *Human caring science : a theory of nursing* (2<sup>e</sup> éd.). Boulder, CO : Jones and Bartlett.
- Whitehead, D. (2006). Health promotion in the practice setting : findings from a review of clinical issues. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 3*(4), 165-184.

Williams, P. (2002). The competent boundary spanner. *Public Administration*, 80(1), 103-124.

*Lauralie Richard a récemment complété un doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal. Elle poursuit présentement des études postdoctorales à l'Université de Melbourne, en Australie. Ses travaux de recherche portent sur des pratiques novatrices en termes d'accès aux services de santé de première ligne pour des populations vulnérables. Ses intérêts de recherche portent sur les pratiques infirmières en contexte de vulnérabilité sociale, les interventions complexes pour favoriser la santé des populations et les méthodes de recherche qualitative.*