

RECHERCHES QUALITATIVES

revue.recherche-qualitative.qc.ca

Les enjeux actuels de la recherche qualitative à l'hôpital et dans les institutions de soins de longue durée

Sous la direction de

François Aubry et Yves Couturier

RECHERCHES QUALITATIVES – 36(2)

LES ENJEUX ACTUELS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE
À L'HÔPITAL ET DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS
DE LONGUE DURÉE

ISSN 1715-8702

<http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>

La revue *Recherches qualitatives* est financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada



Social Sciences and Humanities
Research Council of Canada

Conseil de recherches en
sciences humaines du Canada

Canada

Cette publication est aussi soutenue par l'Université du Québec à Trois-Rivières

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

et par l'Association pour la recherche qualitative

ARQ Association pour la
recherche qualitative

© 2017 Association pour la recherche qualitative

Table des matières

Introduction

Les enjeux actuels de la recherche qualitative à l'hôpital et dans les institutions de soins de longue durée

François Aubry, Yves Couturier.....1

Enjeux épistémologiques et éthiques d'une recherche qualitative pluridisciplinaire sur les « demandes d'euthanasie » formulées auprès des professionnels de la santé

Nadia Veyrié.....8

La réflexivité nécessaire à l'éthique en recherche : l'expérience d'un projet qualitatif en santé mentale jeunesse auprès de réfugiés

Prudence Caldaïrou-Bessette, Mélanie Vachon, Gabrielle Bélanger-Dumontier, Cécile Rousseau.....29

Ajustement de la distance en situation d'observation directe des intervenants et des usagers en soins de longue durée

Yves Couturier.....52

Filmer les soins. Données vidéo et recherche qualitative

David Pichonnaz, Camille Bécherraz, Isabelle Knutti, Liliana Staffoni, Veronika Schoeb.....63

L'enquête biographique : une méthode d'analyse des parcours et des expériences des praticiens hospitaliers

Victoire Cottreau.....85

Chronique d'une ethnographie coopérative. Retour sur une enquête embarquée dans un établissement médico-social

Gabriel Uribelarrea, Élodie Jouve.....112

La recherche qualitative pour le renouvellement des pratiques en santé et services sociaux : deux exemples de l'intérieur

Marguerite Soulière, Geneviève Saulnier, Estelle Desaulniers-Coulombe.....133

Décrire des activités prudentielles pour aider à les réhabiliter? Enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires dans les permanences d'accès aux soins de santé en France

Florent Champy.....153

Introduction

Les enjeux actuels de la recherche qualitative à l'hôpital et dans les institutions de soins de longue durée

François Aubry, Ph. D.

Université du Québec en Outaouais

Yves Couturier, Ph. D.

Université de Sherbrooke

Les hôpitaux, centres d'hébergement et autres institutions de soins de longue durée (tels que les institutions psychiatriques ou de réadaptation) sont des organisations regroupant un nombre important de catégories d'acteurs autour du soin et de l'assistance aux soins des patients, malades ou résidents. Il s'agit de nombreux employés (préposés aux bénéficiaires, à l'entretien ménager, etc.), professionnels (médecins, infirmières, ergothérapeutes, etc.), gestionnaires ou encore de bénévoles. Ces organisations se définissent donc par leur mission (la santé ou le maintien de l'autonomie des résidents ou patients), par le croisement d'un nombre important d'acteurs qui y œuvrent à partir de responsabilités et de rôles différents, ainsi que par l'existence de règles et de normes, formelles et informelles, potentiellement contradictoires. Ces établissements respectent une organisation du travail dans laquelle certaines tâches requièrent de l'autonomie professionnelle, alors que d'autres sont conçues selon une modalité quasi industrielle laissant peu de place à cette autonomie.

Institutions historiquement « fermées » puisqu'asilaires, elles tendent actuellement à s'ouvrir en promouvant la collaboration interprofessionnelle, la qualité des soins et le respect de la qualité de vie des résidents et patients. Cette velléité d'ouverture demeure pour l'instant incertaine, car les divers établissements sont encore des milieux « hypernormés » : il peut s'agit de

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 36(2), pp. 1-7.

LES ENJEUX ACTUELS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE À L'HÔPITAL ET DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

© 2017 Association pour la recherche qualitative

normes professionnelles relatives aux obligations et responsabilités des professionnels, de normes relatives à la qualité de vie des résidents et malades (qui prennent notamment la forme de règles et de normes telle que « l'expérience-client » à l'hôpital, ou l'approche « milieu de vie », et la « démarche qualité » dans les organisations de soins prolongés), ou de normes d'efficacité institutionnelle en raison des pressions budgétaires imposées à ces organisations. Contraints par ces normes, les acteurs vivant ou travaillant dans ces milieux doivent faire preuve de compromis, de négociation, de stratégies, voire de ruse pour utiliser à bon escient, respecter, contourner, voire s'affranchir des normes en question. Cependant, cette capacité stratégique est toujours limitée. Ainsi, les acteurs sont en même temps les objets des normes qui s'imposent à eux et les sujets des stratégies pour s'en affranchir ou les utiliser à bon escient. Ce faisceau normatif et ce jeu complexe de normalisation-émancipation expliquent à la fois pourquoi ce sont des institutions passionnantes à étudier et pourquoi les études qualitatives y sont si précieuses pour comprendre cette complexité et pouvoir, éventuellement, y intervenir.

En raison du caractère déterminant de l'expérience de soins dans ces institutions pour les personnes qui s'y trouvent, autant usagers que travailleurs, la recherche quantitative s'intéresse depuis longtemps à la qualité des soins qui s'y effectuent ou encore à la performance de ces établissements par l'instauration d'indicateurs spécifiques. Pour sa part, la recherche qualitative dans ces institutions s'y est aussi développée depuis de nombreuses années, grâce à l'apport des recherches de Goffman. L'auteur a montré en quoi l'identité de malade tend à s'imposer aux personnes intégrant ces organisations, par un jeu de négociations, de miroirs et de masques avec les autres personnes y travaillant. La définition de soi imposée ici peut s'analyser à travers le champ théorique de l'interactionnisme symbolique, dont la recherche qualitative peut être définie comme son pendant méthodologique. Depuis, deux voies majeures en recherche qualitative se sont développées et peuvent être aujourd'hui répertoriées. La première porte sur la qualité de vie des usagers de ces institutions alors que la seconde a trait davantage à l'analyse des pratiques professionnelles dans l'organisation.

Malgré le caractère séminal d'importants travaux antérieurs, les recherches qualitatives menées aujourd'hui dans ces organisations sont un peu moins fréquentes que les recherches quantitatives. Une première cause concerne la difficulté de ces organisations à effectuer des transformations profondes, par exemple à prendre le virage de l'humanisation des soins que d'aucuns appellent depuis plusieurs décennies. Montrer, encore aujourd'hui et 50 ans après Goffman, l'effet délétère de ces milieux en termes de

stigmatisation ne permet pas de soutenir un changement de culture de ces organisations. Une seconde cause est relative aux enjeux éthiques qui rendent complexe la tenue de recherches qualitatives dans ces milieux. Par exemple, observer le travail en institution, c'est aussi observer l'intimité de personnes particulièrement vulnérables, et dont le consentement même à participer à la recherche pose souvent des difficultés majeures. Enfin, une troisième cause porte sur la forte pression que subissent les acteurs professionnels dans ces milieux : pression à la productivité, mais aussi pression médiatique à propos de la qualité des soins qui y sont prodigués. Dans ce contexte, l'appel public à la transformation progressive de ces institutions, notamment en termes d'accentuation des normes de qualité, mais aussi, parallèlement, d'intensification du travail des équipes soignantes, a des effets importants sur ces acteurs, négatifs concernant la possibilité de réaliser des recherches qualitatives de longue durée, mais positifs quant aux résultats que ces recherches peuvent néanmoins utilement révéler.

L'article de Nadia Veyrié propose de réfléchir aux enjeux éthiques et épistémologiques d'une recherche qualitative sur les demandes d'euthanasie formulées par les personnes atteintes de maladies graves en France. Plus particulièrement, elle montre en quoi le terme *euthanasie* peut prendre une définition différente selon les professionnels qui reçoivent ces demandes. Dans un tel contexte, le croisement disciplinaire des savoirs (ici, entre la sociologie et la médecine) peut contribuer à faciliter la réalisation de la recherche et l'analyse des résultats en permettant de mieux comprendre la multidimensionnalité des enjeux relatifs à la mort provoquée. Aussi, l'auteure nous rappelle à quel point les sujets de recherche qualitative peuvent être sensibles, émotifs, voire anxiogènes, surtout lorsqu'il est question de maladie ou de mort. Elle propose que le chercheur demeure vigilant et surtout conscient de la sensibilité de ces sujets et des conséquences de cette dernière sur la réalisation de la recherche.

Prudence Caldaïrou-Bessette et ses collègues présentent une recherche portant sur une expérience réalisée en santé mentale jeunesse, dans un établissement de soins primaires du Québec, auprès de réfugiés. L'article documente les enjeux éthiques d'une recherche dans un tel milieu, notamment au regard de l'imbrication des niveaux procéduraux (administratifs) et pratiques dans le cadre même de l'interaction entre chercheurs et participants au projet. Les auteurs montrent la nécessité de la réflexivité du chercheur afin de développer des pratiques éthiques en recherche, notamment auprès de clientèles vulnérables nécessitant de recevoir des services particuliers. Contre l'idée de considérer des enjeux éthiques en recherche qualitative uniquement sous l'angle d'une évaluation strictement principielle ou procédurale, les

auteurs en appellent à une éthique réflexive par laquelle une auto-analyse en cours d'action de recherche permet l'émergence d'une micro-éthique située afin d'éviter, notamment, les conséquences des rapports de pouvoir entre chercheurs et participants. Cette proposition est d'autant plus importante que les organisations de santé, très normées, imposent souvent une considération première aux dimensions procédurales de l'éthique (ex. : comité éthique de la recherche) plutôt qu'aux dimensions pratiques. Dans ce contexte, les enjeux éthiques spécifiques à la recherche réalisée auprès d'une telle population sensible sont ici exposés et révèlent par le fait même la nécessité de micro-ajustements méthodologiques, éthiques et pragmatiques continuels pour que la recherche qualitative se déroule adéquatement.

L'article d'Yves Couturier explore précisément cette question de l'ajustement, mais ici sous un angle strictement méthodologique, soit celui de l'ajustement de la distance de l'observateur à l'observé dans le contexte délicat et complexe d'une organisation de soins de longue durée gériatrique. À partir de l'observation des pratiques professionnelles effectuées dans cet établissement, l'article montre que l'ajustement découle autant des caractéristiques de la situation observée que des diverses postures que prend le chercheur tout au long du processus de recherche. Ce nécessaire ajustement exige des prises de distance, des observations indirectes, voire des retraits qui affectent la capacité du chercheur à voir la pratique, mais qui n'entravent pas fondamentalement sa capacité à expérimenter, à vivre et ressentir par lui-même la situation à observer. Il soutient, *in fine*, que c'est cette expérience plutôt que le seul fait de voir qui génère l'intelligence si profonde que produit l'observation directe des pratiques.

Prolongeant la réflexion précédente sur l'observation, l'article de David Pichonnaz, Camille Bécherraz, Isabelle Knutti, Liliana Staffoni et Veronika Schoeb discute l'intérêt des captations vidéo en recherches qualitatives dans les établissements de santé, mais aussi les enjeux méthodologiques entourant la production et l'analyse de ces données. Les données vidéo ont pour avantage de présenter un degré élevé d'informations objectivées (vidéo et audio) et de permettre la réutilisation des données brutes issues du terrain, permettant alors un niveau d'analyse élevé ou multiple. Il s'agit également d'une méthode que les auteurs considèrent comme « démocratique » du fait de la possibilité donnée aux chercheurs de présenter les données brutes – même si sélectionnées – aux participants de la recherche. Les auteurs notent que les méthodes de captation vidéo existent depuis longtemps dans les organisations de santé, notamment pour faciliter le travail de professionnels; dans le domaine des sciences sociales cependant, la méthode est malheureusement encore au stade de développement, et ce, malgré plusieurs travaux pourtant porteurs. Une des

difficultés qui explique ce lent développement méthodologique concerne l'importance des négociations nécessaires pour l'accès au terrain et les enjeux éthiques et techniques qui y sont reliés. Les auteurs concluent néanmoins à l'efficience de la méthode, considérant au final de fortes similarités entre les enjeux éthiques vécus dans le cadre de recherches qualitatives utilisant des méthodes moins technologiques, comme l'observation, par exemple.

Victoire Cottureau présente une méthodologie qualitative innovante associant l'entretien à une matrice biographique, autour d'une recherche portant sur les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE). Ces médecins évoluent dans les hôpitaux français, soit des lieux complexes régulés par des normes, des règles et des obligations fréquemment contradictoires. L'auteure a étudié les trajectoires de ces médecins en prenant en considération trois aspects de leur vie, soit familial, professionnel et migratoire, afin de développer des cartographies de parcours. L'objectif de ce type de méthodologie est de cerner la façon dont un événement familial ou professionnel, pour un médecin, peut engendrer des conséquences notables pour son existence. Cela permet de mettre à jour la complexité des parcours professionnels, mais également de leur donner davantage de sens en prenant en considération la diversité des parcours intégrés dans la trajectoire d'une personne.

Pour leur part, Gabriel Uribe Larrea et Élodie Jouve présentent une chronique d'une ethnographie coopérative dans un établissement médico-social en France. Ils mentionnent que ce type d'enquête peut avoir une utilité concrète pour la grande diversité des personnes enquêtées, ou simplement concernées par le processus de recherche, si les conditions sont présentes. Plus précisément, les auteurs montrent que les modalités d'une telle démarche peuvent permettre la coopération des chercheurs avec les acteurs du terrain et, conséquemment, le développement d'appuis pour des pistes d'action. Cette capacité de la recherche à nourrir l'action dépasse donc la seule restitution classique des données aux personnes ayant participé à l'étude. Une telle restitution des résultats, effectuée sous une forme collaborative, et allant au-delà des difficultés méthodologiques et pragmatiques présentées par les auteurs, peut éventuellement provoquer des changements dans les établissements mêmes.

Dans le même mouvement, Marguerite Soulière, Geneviève Saulnier et Estelle Desaulniers-Coulombe montrent en quoi les résultats d'une recherche issus d'un projet utilisant une méthodologie qualitative peuvent faciliter le renouvellement des pratiques et des interventions en santé et en services sociaux. Les auteures mettent de l'avant l'importance d'un positionnement

épistémologique spécifique pour que cet effet de transformation des pratiques mène à la reconnaissance de l'apport crucial de recherches portant sur une variété de savoirs, pas seulement scientifiques, mais aussi expérientiels et professionnels. La coconstruction des savoirs ainsi que le travail de réflexivité des chercheurs présentent ici aussi de nombreux enjeux, tels qu'un décentrage du statut de chercheur « neutre » au profit d'un partage de la responsabilité de la construction des savoirs. Pour que cette coconstruction ait les effets attendus, il importe de développer des espaces de dialogues et de les reconnaître en tant qu'espaces politiques de reconnaissance de savoirs trop souvent occultés.

Enfin, Florent Champy présente quant à lui les enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires en France. L'auteur montre que les hôpitaux ont été le théâtre de nombreuses recherches qualitatives ayant comme objet de rendre visibles des rapports hiérarchiques et des pratiques professionnelles invisibles. Suivant cette perspective, l'auteur montre la valeur du concept de sagesse pratique des médecins, eux-mêmes intégrés dans la catégorie des professions à pratique dite prudentielle, pour documenter des activités professionnelles dont la collecte et l'analyse ne sont pas toujours faciles, car situées, relationnelles, voire infradiscursives. Le fait que ces professionnels travaillent dans des hôpitaux et autres centres d'hébergement, c'est-à-dire dans des contextes d'incertitude et de complexité, nécessite le développement et la mise en action d'une sagesse pratique, contre une vision d'une action mécanique et rigide conduite par la règle, pourtant à première vue centrale à ces contextes de pratique. Dans le cas de malades en grande précarité sociale, les incertitudes sont grandes et les intervenants, tels les médecins, tentent d'éviter les contraintes normatives en trouvant des marges de manœuvre pour s'adapter aux conditions singulières de la situation clinique.

François Aubry est professeur au Département de travail social de l'Université du Québec en Outaouais et chercheur à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) ainsi qu'au sein de l'équipe RIPOST (Recherches sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail). Ses principaux champs d'intérêt en recherche se concentrent sur les analyses sociologiques des métiers relationnels, sur l'étude en santé et en sécurité du travail et de la psychodynamique du travail des métiers de la santé, ainsi que sur l'analyse des problématiques organisationnelles dans les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Yves Couturier (Ph. D) est professeur titulaire à l'Université de Sherbrooke, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie et directeur scientifique du Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne. Son champ de recherche premier est celui de l'analyse des pratiques professionnelles dans les métiers de service, notamment sous l'angle des rapports interprofessionnels, des pratiques de coordination et de l'organisation des services de santé et sociaux. Il est notamment chercheur au Centre de recherche sur le vieillissement, une entité du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, et du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, rattaché au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Enjeux épistémologiques et éthiques d'une recherche qualitative pluridisciplinaire sur les « demandes d'euthanasie » formulées auprès des professionnels de la santé

Nadia Veyrié, Docteure en sociologie

Université de Caen, CERReV, France

Résumé

Dans cet article, les demandes d'euthanasie formulées par des personnes atteintes de maladies graves ou leur entourage seront étudiées au travers d'une recherche qualitative. L'auteure, sociologue, qui a réalisé cette recherche avec des médecins, exposera le choix de recueillir les paroles des professionnels de la santé sur les demandes d'euthanasie qui ont été adressées à leur égard. Ainsi, le contexte socioculturel de cette recherche française sera tout d'abord évoqué. Ensuite, en raison de la singularité de cet objet de recherche « sensible », la méthodologie sera développée afin de comprendre la pertinence d'une recherche qualitative et pluridisciplinaire. Enfin, à partir des propos des professionnels qui exercent dans des institutions de soins et la nature des demandes d'euthanasie rapportées, la souffrance des malades et des professionnels sera interrogée.

Mots clés

RECHERCHE QUALITATIVE, MÉDECINE/SCIENCES HUMAINES, FIN DE VIE, DEMANDES D'EUTHANASIE, ÉTHIQUE

Introduction

À partir d'une recherche qualitative que nous avons menée en France auprès de professionnels de la santé sur les demandes d'euthanasie que formulent à leur égard les personnes atteintes de maladies graves ou leur entourage, nous souhaitons évoquer les enjeux épistémologiques et éthiques provoqués par cet objet de recherche sensible qu'est la fin de vie. Quel est le contexte de cette recherche qualitative réalisée par des médecins et une sociologue dans un champ médical où les enquêtes quantitatives sont habituelles? Quels sont les choix méthodologiques qui ont été opérés et en vue de quelle éthique? Comment interpréter la souffrance des malades au travers des mots, voire des maux, des professionnels de la santé?

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 36(2), pp. 8-28.

LES ENJEUX ACTUELS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE À L'HÔPITAL ET DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

© 2017 Association pour la recherche qualitative

Le contexte socioculturel d'une recherche qualitative pluridisciplinaire

Avant d'expliciter la méthodologie de cette recherche qualitative, voici le contexte socioculturel qui a conduit des médecins en soins palliatifs et une sociologue, moi-même, à réaliser une recherche délibérément qualitative sur les demandes d'euthanasie auprès des professionnels de la santé (Mouchet, Testu, & Veyrié, 2012).

Fin de vie, responsabilité, euthanasie : un débat permanent?

En France, dès les années 70, philosophes, anthropologues et sociologues s'exprimèrent sur l'euthanasie au vu de la souffrance des malades et de la peur de l'acharnement thérapeutique. Ainsi, Vladimir Jankélévitch, dans un entretien réalisé en 1974, explique qu'il est « un partisan résolu de l'euthanasie » (2003, p. 68). Toutefois, au fil de ses propos, quelques doutes apparaissent :

Il ne faut sacraliser ni la vie – comme devant être préservée dans tous les cas – ni non plus sacraliser l'euthanasie, parce qu'en la sacralisant, vous sacralisez l'idée de mal incurable [...]. Théoriquement, je dis oui à l'euthanasie. Mais dire dans tous les cas oui à l'euthanasie, au contraire, c'est méconnaître le temps, la puissance du temps, l'ouverture de l'avenir, le sens des possibles : l'évolution des techniques, l'évolution du mal, l'évolution des sentiments du malade à l'égard de son mal. [...] En définitive, je suis pour l'euthanasie en fonction de la situation historique de malades à une époque donnée de la médecine, du médecin, du mal et du malade (Jankélévitch, 2003, pp. 79-80, 92 et 103).

Jankélévitch pense que les malades, notamment ceux atteints du cancer, auront la possibilité médicale d'être soignés dans un avenir proche, limitant alors la souffrance. Peut-être, ainsi, se déclare-t-il subjectivement favorable à l'euthanasie, mais, d'un point de vue philosophique, il engage une réflexion dialectique plus complexe où l'incertitude demeure.

Dans les années 80, les soins palliatifs se développèrent en France, avec l'appui de la circulaire Laroque (Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, 1986), afin d'améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie évolutive grave ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale. En plus des structures mises en place dans les services hospitaliers (unité fixe et équipe mobile) et des réseaux pour le domicile, la démarche palliative rappelle que la mort fait partie de la vie. Elle est, comme le souligne Patrick Baudry, un « moment social » (2013, p. 17). Les personnes malades ne peuvent pas être considérées comme des morts, c'est-à-dire réduites à une « solitude des mourants » (Elias, 1998) du fait de la crainte de leur déchéance. C'est bien un « travail médico-social » (Chevallier-Michaud & Thiriot, 2011) qui est entrepris par les soins palliatifs afin que les malades ne soient pas isolés de leur vie.

La théorie d'Emmanuel Levinas semble alors plus proche de l'esprit de cette démarche palliative quand il évoque une attitude éthique à la suite de la confrontation à la souffrance d'autrui :

Le visage, écrit-il, me regarde et m'appelle. Il me réclame. Que me demande-t-il? De ne pas le laisser seul. Une réponse : me voici. Ma présence vaine, peut-être, mais mouvement gratuit de présence et de responsabilité pour autrui. Répondre me voici, c'est déjà là la rencontre du visage. [...] Mais surtout, il ne s'agit plus seulement d'aller vers l'autre quand il meurt, mais de répondre par sa présence à la mortalité des vivants. C'est toute la conduite éthique. [...] Et c'est en répondant de sa vie que nous sommes déjà avec lui dans sa mort (1995, pp. 167, 168 et 171).

Levinas esquivait-il la question de l'euthanasie? Peut-être. C'est avant tout la responsabilité par rapport à la souffrance d'autrui qui anime sa philosophie : nous ne pouvons pas rester indifférents au risque de la solitude mortelle. Une responsabilité nous est assignée. Cependant, comment s'en saisir socialement et subjectivement?

En ce début de XXI^e siècle, la fin de vie est souvent confondue ou réduite à l'euthanasie. En fait, les pays et gouvernements adoptent des dispositions légales distinctes, mais, d'un point de vue éthique, le dilemme demeure. Sur qui repose l'acte de faire mourir? La personne malade? Un être proche? Le médecin? Où, quand et comment aura lieu cet acte? Dans un système néolibéral qui uniformise les dimensions de notre vie, la perception de l'euthanasie est toutefois singulière, y compris dans des pays limitrophes et francophones (France, Suisse, Belgique).

En France, 58 % des personnes meurent à l'hôpital, 11 % en maison de retraite et 27 % à domicile (Lalande & Veber, 2009). La mort a lieu majoritairement en institution. Le médecin prend une décision et engage sa responsabilité, mais il n'est pas formé à « donner la mort ». Il craint l'inguérissable. Jankélévitch précise que l'euthanasie demeure la difficulté des médecins :

Le problème, le cas de conscience, c'est celui du médecin. Le problème de l'euthanasie se résume au droit du médecin de prescrire quelque chose qui tuera le patient. Parce que le médecin, en fait, il n'est pas fait pour ça (2003, p. 75).

Dans une perspective socio-anthropologique, Louis-Vincent Thomas explique que nos désirs ont supplanté la responsabilité éthique envers autrui :

Notre culture nous a si bien conditionnés à la faillite des responsabilités que, paradoxalement, nous serions prêts à nous en remettre à un *pouvoir encore accru* qui irait dans le sens de nos désirs : désir d'échapper, par l'euthanasie, à la souffrance et à l'angoisse de mourir (ou de voir mourir);

désir d'échapper, par l'acharnement thérapeutique, à la mort (l'italique est de l'auteur) (1978, p. 102).

Peu à peu, évitant le questionnement de la responsabilité sociale dans l'acte d'euthanasier, une pensée binaire s'est constituée : être pour ou contre l'euthanasie. De la sorte, l'engouement médiatique pour les affaires liées à des demandes d'euthanasie ne témoigne pas de la complexité des situations des personnes en fin de vie et du quotidien des professionnels (Veyrié, 2014). En effet, comment agirions-nous à la vue de la souffrance d'un être cher, ou confronté à notre maladie? Qui peut exprimer qu'une conviction éthique demeurera immuable quand une personne sera touchée dans sa chair? Quelle réponse donnerions-nous si un être cher nous demandait d'abrèger sa souffrance? Comment nous représentons-nous l'acte d'euthanasie (médicament, piqure, produit, sédation, suicide assisté)?

Un contexte national législatif et de recherche sur la fin de vie

En France, dans les années 2000, les affaires liées à des situations de demandes d'euthanasie de malades et/ou de leur famille (Vincent Humbert, Chantal Sébire, Rémy Salvat et Vincent Lambert) furent déterminantes. À partir de la situation de Vincent Humbert – devenu tétraplégique, aveugle et muet après un accident de la route, qui écrit au président de la République –, l'Assemblée nationale promulgua la loi dite Leonetti du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Elle a pour objectif d'éviter les pratiques illégales d'euthanasie et d'empêcher l'acharnement thérapeutique en réunissant trois principes essentiels. Pour un malade, la désignation d'une personne de confiance – qui portera sa parole en cas de non-conscience – est possible ainsi que la rédaction de directives anticipées s'il se trouve dans l'incapacité d'exprimer sa volonté sur les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Pour les médecins aux prises avec la décision de limitation ou d'arrêt de traitement susceptible de mettre en danger la vie du malade, la procédure collégiale prend en considération les directives anticipées, la parole de la personne de confiance, ou à défaut de son entourage, et réunit des professionnels concernés. Elle permet que les médecins ne se soient pas isolés ou dans l'urgence d'agir par rapport à l'insoutenable souffrance du malade ou aux sollicitations de la famille.

Après de longues réflexions et auditions des acteurs concernés par la fin de vie (Mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie, juillet 2004), il a été choisi de légiférer sans parler d'euthanasie. Trois ans après sa promulgation, la Mission d'évaluation (novembre 2008) montre que cette loi est mal connue du public, des juristes et des professionnels de santé. Les outils qu'elle propose sont sous-utilisés.

C'est en fonction de ce contexte social et juridique que nous avons décidé d'élaborer un projet de recherche qualitative précisément sur les demandes d'euthanasie. Quelles formes prennent-elles? Comment sont-elles formulées? Par qui?

À qui? Dans quel contexte? Comment la souffrance des malades est-elle entendue par les professionnels de la santé dans les institutions?

De plus, au plan national, la recherche sur la fin de la vie fut encouragée dans le cadre de la Mission d'évaluation de la loi. Dès 2010, un Observatoire national de la fin de vie (ONFV) a été créé pour étudier les conditions de la fin de vie et des pratiques médicales, indiquer les besoins d'information du public et des professionnels ainsi que le besoin de recherche dans ce domaine¹.

Au plan local, les prémisses de notre recherche ont été amorcées, dès 2009, par le médecin responsable de l'Équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) du Centre hospitalier régional et universitaire (CHRU) de Caen qui avait déjà relevé sur ce territoire, dix ans auparavant, des sollicitations pour mourir de patients. Ayant compris l'intérêt pour des recherches pluridisciplinaires et qualitatives par l'ONFV, un travail en collaboration avec des chercheurs en sciences humaines avait été envisagé. Intervenant auprès de soignants et travailleurs sociaux sur la fin de vie, les rites et le deuil, notamment dans le cadre de diplômes interuniversitaires en soins palliatifs, j'ai contacté le médecin responsable de ce projet. J'ai pu alors intégrer le projet de recherche en rejoignant deux médecins qui exerçaient dans des structures de soins palliatifs de la région et qui avaient obtenu des postes d'assistants spécialistes régionaux (ASR) avec un temps dévolu à la recherche².

Nous avons démarré sans aide financière et, au départ, nous avons eu l'impression que les demandes d'euthanasie constituaient un objet jugé sensible, d'autant plus s'il était traité de manière qualitative, et que la place singulière des soins palliatifs était méconnue. Notre recherche fut encouragée et abritée logistiquement par le CHRU grâce au travail entrepris par le médecin responsable de cette recherche afin de la promouvoir. Les soutiens vinrent progressivement. Un certain temps a donc été consacré à convaincre des fondements d'un tel projet. Parallèlement, nos questionnements et choix méthodologiques ont pu s'affiner.

Objet sensible et recherche qualitative : quels choix méthodologiques?

Dans la dynamique de recherche impulsée nationalement, nous avons eu la possibilité de présenter notre projet de recherche, en novembre 2011, lors d'un premier séminaire organisé par l'ONFV (« Euthanasie et suicide assisté : état des connaissances et enjeux pour la recherche ») au ministère de la Santé. Dans le domaine de recherche sur la fin de vie, ce sont souvent des études quantitatives qui sont réalisées comme en témoigne cet extrait du premier rapport publié par l'ONFV relatant le séminaire :

Ce séminaire a notamment fait ressortir les difficultés méthodologiques communes à tous les pays européens : le terme *euthanasie* reste un terme particulièrement ambigu, qui recouvre des réalités différentes, y compris à l'intérieur d'un même pays, et qui est interprété de façon très hétérogène par les professionnels et par le grand public. En ce sens, les sondages

d'opinion constituent un instrument particulièrement inadéquat pour rendre lisible la complexité de cette question. Pour autant, et malgré ces difficultés méthodologiques dont il faut impérativement tenir compte, l'ensemble des experts réunis à cette occasion s'accordent à dire que des protocoles d'enquête robustes et fiables peuvent être construits, à l'instar des études menées en Belgique et aux Pays-Bas, mais aussi en Italie, en Suède et au Danemark (2011, p. 151).

Dans les échanges avec d'autres chercheurs français et de pays limitrophes, dont la Belgique, des différences culturelles apparaissaient effectivement quant à la compréhension de l'euthanasie. Que range-t-on vraiment dans les demandes d'euthanasie? Quelles définitions peut-on en donner? Il paraissait d'autant plus important d'entreprendre ce travail auprès de ceux qui sont au plus proche des patients dans notre système de soins en France.

Il existe des enquêtes de pratiques sur la fin de vie ainsi que quelques études d'opinion des soignants sur l'euthanasie et le suicide assisté. La plupart du temps, ces études ont été effectuées à partir de questionnaires et apportent des réponses quantitatives à certains questionnements. Peu de travaux de recherche s'intéressent à l'expérience, au vécu et au point de vue des soignants au sujet des demandes d'euthanasie³.

Nous avons donc mené, en parallèle avec la dynamique engagée par l'ONFV, notre recherche qualitative en souhaitant comprendre ces demandes d'euthanasie en France, la manière dont elles sont entendues par les professionnels de la santé et en prenant appui sur nos disciplines respectives. Le consensus entre les médecins et moi-même, en tant que sociologue, était présent quant aux raisons d'une recherche qualitative.

Comment avons-nous procédé? L'objectif fut de mettre en œuvre un travail pluridisciplinaire entre médecine et sciences humaines; puis, de proposer une approche qualitative, donc différente des enquêtes quantitatives qui ne nous semblaient pas saisir la teneur de la subjectivité et de l'intersubjectivité soignant-soigné dans les institutions de soins. Au préalable, quelques réflexions essentielles furent engagées quant aux résonances provoquées par un tel objet de recherche.

Transversalité, temporalité et « matériau anxigène »

En premier lieu, cette recherche nécessita de comprendre la *transversalité* imposée par l'objet de recherche. Travailler sur la mort, au travers des demandes d'euthanasie, révèle qu'elle n'appartient à aucune discipline scientifique et aucun courant de recherche. Elle est difficile à cerner. À ce sujet, Louis-Vincent Thomas souligne :

N'est-elle pas le Rien, le Presque-Rien qu'aucune démarche scientifique ne parvient à cerner, tant sur le plan des critères que de la définition? Au

contraire, plus la connaissance de la mort progresse scientifiquement et moins on s'avère capable de préciser quand et comment elle intervient (1997, p. 225).

Elle déconstruit tous les territoires, toutes les logiques institutionnelles, tous les savoirs que les chercheurs érigent, ou croient ériger, comme éternels. Dans la même perspective, Jean-Marie Brohm écrit :

La mort est la force absolue de décroisement (des disciplines, des terrains, des spécialités), la puissance infinie de destruction des limites, de transgression des frontières, de dissolution de toute forme d'ordre, surtout lorsque celui-ci se présente sous l'aspect méthodologique d'une grille de lecture. La mort est par excellence la négation de tout contenu et de tout contenant (2008, p. 47).

Le temps construit une recherche. Il a été nécessaire d'intégrer, en fonction de formations distinctes en médecine et en sociologie, que ce travail, fondé sur une démarche qualitative, ne pouvait pas s'inscrire dans des actes et une réflexion sans maturation. La transversalité de la mort pouvait prendre forme dans le choix de travailler ensemble. Face à ce risque d'absence de contenant et de contenu du fait d'un vaste et déroutant objet de recherche, l'association de nos deux disciplines était intentionnelle pour constituer un savoir autre. Mais la délimitation de l'objet a nécessité certains échanges et l'acceptation d'une temporalité différente entre nous quant aux enjeux épistémologiques de cette recherche.

De plus, notre connaissance préalable à cette recherche sur la fin de vie et les soins palliatifs ne devait pas créer de déformations dues à l'enracinement du savant dans le sens défini par Georges Devereux (1980). En effet, l'écoute des professionnels nécessite d'accepter de tout entendre, de ne pas demeurer dans un échange sur des pratiques médicales pour les médecins. Le fait que les deux médecins aient été investies en soins palliatifs et que j'étais accoutumée au discours des soins palliatifs ne devait pas nous faire oublier que les paroles des professionnels pouvaient être différentes hors de ce cadre spécifique.

Ensuite, engager une recherche qualitative nécessite d'interroger les implications, les subjectivités et l'intersubjectivité des chercheurs. La mort et l'angoisse qu'elle provoque auprès de ceux qui souhaitent l'étudier ont dû être identifiées. Comme Georges Devereux le démontre, c'est bien la compréhension de la propre angoisse du chercheur par rapport à son objet qui est fondamentale pour la scientificité d'un travail de recherche :

Il est légitime que le savant ayant affaire à un matériau anxiogène cherche les moyens de réduire suffisamment son angoisse pour accomplir efficacement son travail, et il se trouve que le moyen le plus efficace et le plus durable pour effectuer une telle réduction est une bonne

méthodologie [...]. Par malheur, même la meilleure méthodologie peut être inconsciemment et abusivement utilisée *d'abord* comme un ataraxique, un artifice atténuant l'angoisse; elle donne alors des « résultats » scientifiques qui sentent la morgue et n'ont pratiquement plus de pertinence en termes de la réalité vivante; l'important n'est donc pas de savoir si on *utilise* la méthodologie *aussi* comme un moyen de réduire l'angoisse, mais de savoir si on le fait en *connaissance de cause*, de manière sublimatoire ou, de façon inconsciente, *seulement* de manière défensive (l'italique est de l'auteur) (1980, pp. 147-148).

Le chercheur qui travaille sur la fin de vie et la mort traverse des étapes afin de devenir un sujet constituant de son objet de recherche (Veyrié, 2015). Il doit comprendre sa subjectivité en fonction du « contre-transfert menaçant » propre à son objet. Le fait que les chercheurs soient accoutumés à la fin de vie en prenant en charge des patients et en s'investissant dans le débat scientifique lié aux soins palliatifs ne devait pas faire oublier que cet objet demeure anxiogène, qu'il ne peut pas devenir à la mode, que ses frontières sont toujours repoussées.

De ce fait, la méthodologie doit permettre de conduire à une objectivité sans enlever le vivant d'une recherche, d'autant plus quand l'objet de recherche est lié à la mort. Dans une correspondance, Jankélévitch écrit :

Tout se ramène en définitive à ce problème, mais sans le dire. Et moi je le traite en le disant. Par exemple quand on parle de l'espérance, ou du regret, ou de la douleur, on parle de la mort, mais à mots couverts et indirectement. Et quand on parle de la vie? Quand on parle de la vie, on parle de la mort, mais à l'envers (1995, p. 349).

Dans cette recherche, la fin de vie et les demandes d'euthanasie n'étaient pas abordées de manière détournée, mais directe. Toutefois, comment la méthodologie a-t-elle pu se construire?

Signification d'une demande d'euthanasie et délimitation de la population interrogée

L'étymologie d'*euthanasie* exprime une « bonne mort » (du grec *eu* : « bien »; *thanatos* : « mort »), c'est-à-dire une mort qui serait « douce », avec la possibilité de bien mourir et de s'y préparer. Or, « les débats actuels sur l'euthanasie renouent avec le souci d'éviter une mauvaise mort » (Hintermeyer, 2003, p. 11). En France, le terme *euthanasie* n'est pas employé facilement parce que l'interdit de tuer pourrait alors être mis à mal. Ainsi, dans cette recherche qualitative, nous avons été très rapidement éprouvées par le sens même de l'objet : *que signifie une demande d'euthanasie? Quelles sont les frontières et quels sont les contours de ces demandes?*

La demande d'euthanasie est-elle articulée, c'est-à-dire consciente, directe et avec une connaissance de la loi en vigueur en France au moment de la recherche, aussi bien pour les patients que pour les soignants? Dans l'évolution de la maladie de la personne, quand cette demande est-elle effectuée? À qui est-elle confiée : la famille, les amis, les soignants, les psychologues, les travailleurs sociaux, les représentants religieux, les bénévoles d'accompagnement et autres personnes? Quels sont les mots rapportés par les soignants et comment les interpréter? Quelles réponses sont apportées par les professionnels?

Nous avons émis une hypothèse, pensée au départ par les médecins aguerris à la souffrance des patients et au travail en équipe soignante, que les demandes d'euthanasie pouvaient être difficiles à cerner tant pour les malades que pour les professionnels. Ainsi, rapportées par les professionnels, en étaient-elles toutes ou pouvaient-elles être composées d'autres manifestations liées à la diversité des situations et des vécus? Ce qui pourrait être entendu comme une demande par un professionnel le serait-il pour un autre? Comme le souligne Régis Aubry,

une équipe de soin (au sens large du mot, c'est-à-dire toutes les personnes qui ont connu ou connaissent la personne en fin de vie), ce que l'un voit, l'autre ne le perçoit pas toujours; ce que l'un ressent, l'autre moins, différemment ou pas; ce que l'un sait, l'autre ne le sait peut-être pas... (2016, pp. 76-77).

De plus, la population interrogée pour cette recherche n'était pas les personnes directement concernées, les malades, mais les professionnels qui les soignent et les accompagnent. Pourquoi? Est-ce par crainte? Un mouvement de fuite? De la facilité? Ce choix n'a pas été une mise à l'écart des personnes malades en fin de vie, mais bien au contraire un refus d'entrer dans un voyeurisme envers les personnes souvent dépendantes des institutions médicales. Louis-Vincent Thomas (1978) évoque que les institutions ont une emprise sur les individus par la gestion de la vie et de la mort. Cela pose une question épistémologique essentielle pour toute recherche et d'autant plus qualitative : peut-on tout observer quand il est question de la fin de vie (Veyrié, 2006)?

Interroger des personnes souffrantes, en fin de vie, dans des institutions médicales, provoque des questionnements éthiques et déontologiques. Dans cette recherche constituée par des médecins, une veille quant au risque d'une influence même inconsciente a été souhaitée dans les entretiens auprès des professionnels. De plus, une vigilance a aussi été constituée pour qu'elles ne se trouvent pas devant des situations de demandes d'euthanasie de patients qu'elles auraient pris en charge sur le territoire concerné. Dans une perspective éthique, il était important que toutes les chercheuses se préparent à être attentives dans leur écoute pour éviter d'influencer les propos des personnes.

De ce fait, et toujours dans l'objectif de développer une articulation des savoirs, nous avons interrogé, en fonction de leur disponibilité, les professionnels sur leurs lieux d'exercice en binôme médecins/sociologue ou ailleurs s'ils souhaitaient une plus grande liberté de paroles. Aucun des médecins n'a interrogé les professionnels sur un lieu d'exercice qui leur serait commun, d'où l'intérêt de la présence d'une chercheuse en sociologie. Interroger les professionnels est aussi plus simple pour les autorisations d'études que pour les patients, mais ce n'était pas la raison qui orienta cette recherche.

En outre, il a semblé intéressant d'interpréter la parole des professionnels – soignants, psychologues et travailleurs sociaux – et ainsi de contrebalancer les effets médiatiques à courte durée qui, pour des lecteurs avisés, laisse douter d'une réelle connaissance du quotidien des patients et des soignants. Donc, l'objet de cette recherche est de lever certains silences autour de ces demandes qui peuvent être difficiles à vivre pour les malades et les professionnels lorsque ces derniers sont contraints face à des incompréhensions, à des peurs et à des situations complexes, et contraints de gérer dans l'urgence, de manière isolée.

Tout en développant une écoute des enjeux éthiques de cette recherche liée à la prise en charge des malades, l'éthique fut également en permanence au cœur de nos réflexions en tant que chercheuses. Ce fut un consensus naturel entre les trois chercheuses qui a permis souvent de pallier les risques d'incompréhension liés à nos formations différentes.

Une méthodologie de recherche en œuvre

Comment se manifestent les demandes de mort des malades en fin de vie au travers des témoignages de professionnels de la santé? Voici la question issue de la problématique de cette recherche qui a permis de construire un guide d'entretien semi-directif. Sa construction fut l'étape la plus sensible entre les chercheuses. Peut-être parce que la définition ou l'apprentissage de la recherche qualitative, malgré les réflexions essentielles préalables, révélaient une incompréhension. Les formations en médecine et en sociologie quant à la recherche qualitative n'étaient pas les mêmes. Très souvent, ce qui était nommé par les médecins une méthode qualitative relevait pour moi d'une approche qui réunissait des données quantitatives et qualitatives, mais qui ne se spécialisait pas dans une de ces approches. Étant formée à la socio-anthropologie de la mort et familiarisée avec une approche phénoménologique, j'eus à échanger avec les médecins sur le sens que nous donnions au vécu des malades et des professionnels, aux manifestations de la souffrance.

Pas à pas, notre guide fut construit en déterminant les axes suivants : les demandes d'euthanasie des personnes et les réponses apportées par les professionnels; l'appui professionnel et la souffrance des professionnels quant à la demande; la connaissance du cadre législatif lié à la fin de vie; le deuil, les rites et la mort. Les professionnels interrogés devaient être issus des champs médicaux, paramédicaux ou

des psychologues et des travailleurs sociaux. Ils devaient exercer sur un territoire régional de santé.

Étant donné que la demande d'euthanasie devait être entendue et rapportée comme telle par la personne interrogée, il est apparu important que ce soit les professionnels, eux-mêmes, qui contactent l'équipe de recherche pour faire part de leur expérience et de leur pratique à l'égard de ces demandes. Nous avons donc envoyé un courrier et un mail à propos de cette recherche aux médecins et infirmiers libéraux ainsi qu'aux responsables des services hospitaliers des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des Maisons d'accueil spécialisées (MAS), des Hospitalisations à domicile (HAD), des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des réseaux de soins palliatifs des territoires concernés. Il leur était demandé de faire relais et de diffuser cette information auprès de leurs collaborateurs. Tous ont été encouragés à participer librement à ce travail de recherche. Les critères de confidentialité des données et d'anonymat étaient garantis⁴.

La durée de l'étude a été fixée à un an : février 2010-février 2011 inclus. Les professionnels ont donc été invités à nous contacter pendant cette période. Le lieu de l'entretien était laissé à leur convenance ainsi que le temps qu'ils pouvaient nous accorder. Nous avons répondu à toutes les demandes effectuées par les professionnels en nous déplaçant sur leurs lieux d'exercice, ou ce sont parfois eux-mêmes qui sont venus sur notre lieu de recherche. Les professionnels étaient amenés à évoquer leur souvenir sans consultation de dossier pendant l'entretien et à en appeler à leur mémoire quant aux mots prononcés par les malades.

Les entretiens se sont déroulés avec un accueil chaleureux de leur part, demeurant attentifs en fonction d'un temps libéré que nous savions précieux. La plupart des professionnels se sont montrés intéressés par la recherche, notre démarche et ses résultats. Avec le recul, certainement ont-ils aimé que nous venions les interroger sur un sujet aussi sensible et que nous développions une écoute des plus sensibles quant aux paroles qu'ils prononçaient.

Si la pluridisciplinarité a été plus difficile à construire à certaines étapes de la recherche, la réalisation des entretiens a révélé une réelle complémentarité entre les disciplines et les chercheuses, autant dans le contenu que dans l'écoute des professionnels! Les médecins étaient capables d'approfondir les échanges autour des soins médicaux, de la technique médicale, de la loi Leonetti, tandis que j'étais plus apte à les amener vers une discussion sur la dimension socioculturelle de la fin de vie, du deuil, des rites et de la mort. Peu à peu, chaque chercheuse a « pris ses marques ».

Nous avons réalisé 24 entretiens (d'une durée de 45 minutes à 1 heure 30) auprès de 9 hommes et 15 femmes dont 16 médecins, 3 infirmières, 4 psychologues et 1 assistante sociale – âgés de 23 à 60 ans. Nous avons testé 1 à 3 entretiens exploratoires afin d'affiner le guide d'entretien et le travail pluridisciplinaire entre

médecins et sociologue. Les professionnels exerçaient majoritairement dans des centres hospitaliers, des établissements médicaux privés et quelques-uns en cabinet libéral. Plus spécifiquement, ils travaillaient dans différentes structures de soins palliatifs; en hospitalisation à domicile rattachées à l'hôpital ou à des associations privées; dans des services de spécialités médicales ou chirurgicales (cancérologie, gériatrie, neurologie, pneumologie, gastroentérologie).

Ce sont donc des médecins qui ont le plus pris contact avec nous. Nous pouvons interroger sur les freins ayant conduit à l'absence et au peu de représentations de certaines professions. En effet, les infirmiers et aides-soignants très présents sur le terrain ont peu pris contact. Quant à la quasi-absence de travailleurs sociaux, il s'explique peut-être par différentes raisons : soit ils n'ont pas eu l'information par leurs institutions, soit ils sont moins confrontés à des demandes d'euthanasie du fait de ne pas être soignants. Étant donné le nombre de médecins dans cette recherche, l'information a-t-elle plus aisément circulé dans les réseaux de médecins? Par leur statut hiérarchique et/ou de leur sensibilisation à la recherche, oseraient-ils plus facilement accorder un entretien que les autres professionnels? L'ensemble des professionnels ont-ils eu l'information de cette recherche?

Nous relevons aussi l'absence de témoignages d'aides-soignantes alors qu'elles figurent souvent dans les demandes effectuées et réitérées à d'autres professionnels au fil des témoignages des professionnels interrogés. Notons aussi que si dans cette recherche, les bénévoles d'accompagnement n'ont pas été sollicités, ils n'ont pas non plus été évoqués dans les entretiens. Ceci nous interroge également au vu de leur engagement auprès des malades dans les institutions médicales.

Quant aux personnes malades évoquées dans ces demandes, elles se trouvent être âgées de 30 à 98 ans, avec 10 hommes et 14 femmes. 14 de ces personnes ont plus de 80 ans. Les pathologies demeurent variées : cancer de sièges variés (estomac, sein, bouche, péritoine, col de l'utérus, colon); maladies neuro-dégénératives; insuffisance d'organes (respiratoire, cardiaque, hépatique, artério-veineuse).

La méthode d'analyse choisie pour décrire, analyser et comprendre l'expérience et le point de vue des soignants confrontés à une demande de mort est une méthode d'analyse thématique de contenu, avec pour illustration certaines citations issues des entretiens. Nous proposons maintenant d'interroger quelques informations issues des résultats.

Au sujet des demandes dites d'euthanasie : quels résultats?

L'intérêt d'une recherche qualitative auprès de soignants prend corps dans le travail d'interprétation des paroles des professionnels qui amène à comprendre la souffrance des malades. Les professionnels ont souvent évoqué des demandes récentes, de moins de cinq ans, et, parfois, pour les plus anciens, des pratiques médicales qui, au début de leur carrière, avaient pu les choquer en matière d'euthanasie pratiquée « sans cadres »

ou d'acharnement thérapeutique. Ils ont tous manifesté une étonnante mémoire des personnes malades, de leur situation familiale, des mots prononcés dans les demandes et des évolutions de la maladie.

De l'objet de la demande d'euthanasie aux demandes de mort

L'analyse des entretiens nous a rapidement interpellées sur le fait que la réalité du quotidien des professionnels surtout dans leurs institutions était complexe, et la demande était souvent gérée dans l'urgence de la souffrance du malade. Les paroles des professionnels donnent à percevoir l'embarras à entendre une demande d'aide à mourir avec une réelle difficulté à savoir ce qu'est une demande d'euthanasie. En fait, l'hypothèse que les demandes d'euthanasie n'en étaient pas toutes s'est révélée exacte dévoilant la complexité des situations des malades et le trouble dans lequel les professionnels se trouvaient.

Dès les premiers entretiens exploratoires, il a fallu se rendre à l'évidence que les demandes d'euthanasie ne pourraient pas être le seul objet de recherche et ce revirement dont nous avons émis l'hypothèse fut intéressant. *Qu'est-ce qu'une demande de mort? Un doux euphémisme?* En fait, les professionnels témoignèrent d'une demande qui avait laissé des traces dans leur mémoire, un vécu qu'ils souhaitaient « saisir ». Dans *Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps*, Edmund Husserl écrit :

Quand on se tourne attentivement vers le vécu et qu'on le saisit, il obtient un nouveau mode d'être; il devient un vécu « distingué », « mis en relief », et distinguer n'est ici rien d'autre que saisir, être distingué rien d'autre qu'être saisi, être l'objet de l'attention qui se tourne vers le vécu (1996, p. 176).

En échangeant avec les professionnels pendant les entretiens, nous savions que ce n'était pas toujours une demande d'euthanasie, mais une demande où la mort apparaissait dans les propos des patients. Le souvenir de cette demande, de son expression, de sa formulation nous intéressait parce qu'elle témoigne du trouble des professionnels qui ne peuvent pas émettre une possible définition ou qui se heurtent à de multiples définitions (euthanasie passive, euthanasie active, euthanasie volontaire, euthanasie involontaire, etc.). La difficulté d'établir des frontières quant à cette demande était aussi présente pour eux quotidiennement.

Au fil des entretiens, une typologie des demandes est apparue. Effectivement, la demande d'euthanasie réelle avec ou sans connaissance de la loi existait, mais nous constatons d'autres types de demandes de mort : demandes de piqure ou évocation d'un médicament, demande d'aide à mourir (« en finir », « partir », évocation d'un suicide) et refus de soins entendu comme une demande. Quelques situations présentées ci-dessous illustrent la visibilité et l'invisibilité de la souffrance ainsi que la difficulté d'entendre la demande.

Situations de malades, demandes et réponses de professionnels

Voici un premier exemple témoignant d'une demande de « piqûre ». Un médecin qui exerce dans une structure en soins palliatifs rapporte la demande de piqûre d'une personne âgée repliée avec une communication difficile. Il engage une discussion avec la patiente afin de retracer son histoire et son environnement; puis, il l'examine.

Atteinte d'une maladie neurodégénérative, avec une importante perte d'autonomie, la patiente est en convalescence après une hospitalisation. Au bout de quelques jours, elle dit au médecin :

Mais vous savez ce qui est arrivé au CHU, finalement, je regrette beaucoup de ne pas avoir disparu à ce moment-là parce que c'était le bon moment pour moi. Et donc maintenant, est-ce que vous avez la piqûre? (Mouchet et al., 2012, entretiens en annexe)

Après des complications et un changement de la personne de confiance, la dame rédigea une lettre contre un acharnement thérapeutique et pour que certains traitements soient allégés. Le médecin précise qu'

à partir du moment où il y [a] eu ça, cette dame qui était recroquevillée, s'est retrouvée en décubitus dans son lit, avec toute la difficulté qu'elle a, mais souriante, souffrant avec l'équipe. Tout le monde a pu s'exprimer avec elle, échanger. Et on a eu une autre personne (Mouchet et al., 2012, entretiens en annexe).

Dans ce témoignage, le fait que la patiente communique avec les soignants fut essentiel, comme une souffrance qui était *partagée* par les soignants.

Demande de piqûre, de médicament, d'aide à en finir. En fait, ces demandes, au fil des échanges, sont évaluées par les professionnels comme des *plaintes* auxquelles ils semblent être confrontés assez régulièrement : « La plainte, [écrit Jean-Philippe Pierron], avant d'être une adresse faite à autrui, est l'expression de la détresse d'une subjectivité terrassée en ses capacités » (2014, p. 138). Une plainte pour eux ne signifie pas (toujours) une demande d'euthanasie.

Pour d'autres malades, la demande d'euthanasie a été effectuée plus directement avec ou sans prononciation du terme, dépassant effectivement la plainte. Ces demandes peuvent être effectuées par les proches du malade en accord avec lui ou sans qu'il le sache.

Une psychologue, exerçant dans une clinique privée, évoque la situation de cet homme âgé de 60 ans, atteint d'un cancer du péritoine, qui ne prononce pas le terme d'euthanasie, mais demande à être tué. La professionnelle explique qu'elle a l'habitude d'entendre des plaintes, mais cette demande est, pour elle, autre :

J'ai un patient qui m'a dit : « Tuez-moi », là... c'est la première fois qu'on m'interpelle comme ça. C'est quelqu'un que je connaissais, que j'avais vu

au cours de son traitement, et là, en arrivant dans sa chambre un jour je lui dis bonjour comme d'habitude, je lui demande comment il se sent et... je le vois les traits tirés, très mal, et il me dit : « Tuez-moi. Je vous en supplie, tuez-moi » (Mouchet et al., 2012, entretiens en annexe).

Elle interprète alors ainsi cette demande :

Il y avait à la fois l'agressivité que j'ai pu ressentir dans « tuez-moi » qui était de la colère de son côté, et puis il y avait la supplication. Je crois que c'est ce qui était le plus dur à soutenir. « Je vous en supplie, tuez-moi », on se retrouve très vite démunie face à cette phrase-là (Mouchet et al., 2012, entretiens en annexe).

La psychologue explique que la douleur était majorée par son psychisme et qu'il fallait réévaluer les besoins du malade pour un meilleur confort physique au niveau de son corps. De plus, avec la famille, il a été discuté qu'il se sentait être un « fardeau », qu'il avait l'impression que ses proches « attendaient sa mort ». Donc,

il sentait sa mort encore plus présente. Petit à petit, il était en train d'approprier l'idée qu'il était sur la fin de vie, qu'il fallait faire le deuil de ce qu'il ne verrait pas, les petits-enfants qui grandissent, les projets de vacances (Mouchet et al., 2012, entretiens en annexe).

En fait, « sa famille, en voulant bien faire en plus et par la douleur de l'idée de la perte, lui rendait ce moment-là impossible, parce qu'il voyait toute la violence que cette annonce impliquait chez les autres » (Mouchet et al., 2012, entretiens en annexe).

En échangeant avec la psychologue, le malade lui demanda si elle accepterait de rencontrer sa femme et ses enfants pour leur expliquer sa situation et sa souffrance. Par la suite, il expliqua qu'il y avait des jours où il désirait mourir et d'autres qui

étaient plus doux parce que sa famille s'est fait un peu violence en le laissant tranquille quand il le voulait, en le laissant dormir quand il avait besoin, sans se relayer tout le temps. On a réévalué le traitement de la douleur aussi pour l'apaiser physiquement. Après, il n'a pas refait cette demande (Mouchet et al., 2012, entretiens en annexe).

Dans une autre situation, un médecin exerçant dans une structure en soins palliatifs évoque une demande directe d'euthanasie formulée par le mari et la famille d'une patiente âgée de 50 ans atteinte d'un cancer du sein avec des métastases cérébrales. L'époux lui explique que la situation de sa femme est insupportable, « qu'il la voyait souffrante, pas physiquement mais moralement, une souffrance morale intolérable, avec, semble-t-il, un refus de l'approche de tous les soignants » (Mouchet et al., 2012, entretiens en annexe). Le médecin souligne que la famille était omniprésente jour et nuit dans la chambre dévoilant une ambivalence par rapport à leur fonctionnement antérieur :

Pour justifier leur intention, ils disaient : « Mais on a toujours tout partagé, on s'est toujours tout dit. » Et je leur ai dit : « Mais vous vous êtes toujours tout dit et ça, cette envie de fin de vie, vous ne le partagez pas avec votre épouse? » (Mouchet et al., 2012, entretiens en annexe)

Le terme *euthanasie* est prononcé plus directement. Le médecin précise que dans l'entretien qu'il qualifie de violent dans les propos, l'époux et la fille demandèrent :

« Voilà, il faut l'euthanasier! » j'ai fini par leur dire : « Mais pourquoi vous ne le faites pas? Pourquoi vous, vous ne le faites pas? » Alors là c'est la fille qui a pris la parole en disant : « Mais vous ne vous rendez pas compte! Vous ne vous rendez pas compte, si mon père fait ça, il aura ça à supporter toute sa vie! » Et je lui ai dit : « Et nous?! Vous pensez qu'on a...? » Donc, il y a eu un moment un peu... houleux! (Mouchet et al., 2012, entretiens en annexe)

Au fur et à mesure, le médecin explique à la famille :

On a l'impression quand même que les choses ont un petit peu évolué, on a eu l'impression qu'ils entendaient bien que ce n'était pas quelque chose de faisable. Ce qu'ils avaient compris, c'est que si cette souffrance morale était une réalité, il y avait toujours possibilité d'une sédation (Mouchet et al., 2012, entretiens en annexe).

Dans cette situation, précisons que la patiente n'avait pas demandé à mourir. Le médecin doit en fait gérer la culpabilité et la souffrance des proches qui ne supportent plus de voir la déchéance de l'être cher.

Devant la diversité de ces demandes rapportées par les professionnels, nous relevons qu'il est difficile d'entendre la « demande à mourir », quelle qu'en soit sa forme. Nous avons constaté rapidement cet écueil qui provoque chez les soignants une nécessité de la reformuler, de temporiser, de réduire la douleur, de renforcer les liens du malade avec ses proches, de prendre en compte la temporalité du malade et, donc, de l'identifier en fonction d'institutions médicales soumises à l'accélération. Qu'en serait-il, en effet, si les médecins répondaient positivement à toute plainte revêtant l'habit d'une demande?

Le temps qui manque est souvent évoqué dans des institutions de soins où les professionnels dépendent de moyens et de cadences. Ils vivent effectivement l'accélération décrite par Hartmut Rosa qui enferme dans une spirale infernale. Ainsi, c'est un rapport au temps qui a changé, pas propre à la société française, qui croit faire oublier l'approche de la mort :

Il n'est pas difficile de voir comment on renoue ici avec l'horizon d'une « vie éternelle » par la représentation imaginaire d'une accélération illimitée. *Pour celui qui atteint une vitesse infinie, la mort, comme*

annihilation des options, n'est plus à craindre; une infinité de « tâches vitales » le sépare de sa survenue. C'est dans ce contexte qui fait de l'augmentation du rythme de vie une réponse moderne à la mort (Rosa, 2013, p. 225).

Ce manque de temps et cette difficulté à entendre de telles demandes créent de la souffrance des malades et des professionnels.

Souffrance des malades, souffrance des soignants

Nous comprenons la détresse dans laquelle les patients dans ces systèmes de santé peuvent se trouver. Ils ne formulent pas toujours une demande d'euthanasie, mais ils expriment leur souffrance comme ils le peuvent. De manière générale, à travers les mots et les demandes de mort se trouvent la souffrance d'une vie qui s'en va et celle des êtres chers qui ne supportent plus la déchéance physique du proche. Les personnes malades sont confrontées à une perte d'autonomie, un corps altéré et elles craignent d'être des « fardeaux » pour leur famille. Les professionnels écoutent, reformulent et expliquent ce qui peut être fait pour donner un sens aux moments qu'il reste aux malades.

Au moment des entretiens, nous avons pu également relever que la loi Leonetti, six ans après sa promulgation, n'était pas inconnue des professionnels, mais partiellement connue⁵. Peu ont semblé être totalement isolés dans leurs décisions, échangeant des situations en équipe, du moins plus facilement que dans les années 60.

En conséquence, la formulation de ces demandes – qu'elles soient hésitantes, directes, réduites à quelques mots, comportant le terme « euthanasie » ou pas, qu'elles soient considérées comme de vraies demandes ou des plaintes – interroge quant à une « souffrance partagée » entre les malades et les soignants. La fin de vie comme temporalité peut exister sans la présence des autres, mais la souffrance qu'elle provoque révèle un rapport à l'autre et un appel à l'aide, quelle que soit sa forme.

Paul Ricœur précise que la souffrance confronte à l'intensification de soi (« je suis plaie vive ») et à une crise de l'altérité dans la mesure où « l'autre ne peut ni me comprendre, ni m'aider; entre lui et moi, la barrière est infranchissable : solitude du souffrir... » (2015, p. 18). Cette souffrance provoque toutefois un appel à l'aide et interroge alors le sens du donner et du recevoir :

Le paradoxe du rapport à autrui est là, mis à nu : d'un côté, c'est moi qui souffre et pas l'autre : nos places sont insubstituables [...]; de l'autre côté, malgré tout, en dépit de la séparation, la souffrance exhalée dans la plainte est appel à l'autre, demande d'aide – demande peut-être impossible à combler d'un souffrir avec sans réserve [...]. La parcimonie peut être une règle que l'on s'impose en tant que soignant, mais c'est aussi une limite dont on souffre soi-même, dans le sentiment de ne pouvoir répondre

effectivement à ce qu'on vient d'appeler un souffrir-avec sans réserve? La souffrance marque ici la limite du donner-recevoir (Ricœur, 2015, pp. 32-33).

Les malades appellent de manière différente et ainsi interrogent les limites du donner et du recevoir des professionnels quant à la réponse possible à la souffrance. Au-delà d'une spécificité culturelle française liée au cadre législatif, la souffrance demeure une identification commune dans une société de l'accélération. Jean Ziegler souligne que :

l'identification ultime entre le médecin et le mourant, qui se réalise parfois au bord d'un lit d'hôpital, procède d'un mouvement convergent de deux intelligences. Elle est extrêmement souhaitable. Mais quel bien peut-on attendre de la convergence de deux intelligences fondamentalement aliénées? Qu'ont-elles à mettre en commun sinon leur commune aliénation? Dans la société marchande, le mourant ne sait pas mourir et le médecin est incapable de lui expliquer le sens de la mort (1975, p. 129).

Conclusion

En conclusion, nous avons tenté de démontrer que pour dévoiler la souffrance et lever les silences attenants aux demandes dites d'euthanasie, l'éthique mise en œuvre dans une recherche est indissociable de celle des personnes interrogées, ici des professionnels qui entendent et écoutent ces demandes. Ce sont des souvenirs et des mots liés aux souffrances des malades qui ont été saisis et interprétés. Nous retiendrons alors la pensée philosophique précédemment évoquée d'Emmanuel Levinas qui

nous invite ainsi à adopter, en recherche qualitative comme en général, une posture d'humilité dans la rencontre avec autrui et par rapport à notre interprétation de son discours. Il montre aussi que le sens est parfois appelé à la responsabilité (Bourgeois-Guérin & Beaudoin, 2016, p. 33).

Le fait que la fin de vie se déroule, en France, essentiellement dans des institutions médicales, ne doit pas nous faire oublier que la prise en charge médicale des personnes n'est pas un événement qui se pratique à côté ou hors de la société, mais à l'intérieur. Peut-être est-ce là le sens qui convoque la responsabilité?

Notes

¹ Depuis 2016, l'Observatoire national de la fin de vie et le Centre national de ressources soins palliatifs ont fusionné pour devenir le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie. Cette fusion avait été annoncée dans le cadre du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie.

² En fait, le médecin à l'initiative de cette recherche, Pierre Delassus, demeura en appui de cette recherche au vu de son expérience dans les soins palliatifs et sur le territoire concerné. Émilie Mouchet, Virginie Testu, médecins en soins palliatifs, et moi-même réalisons l'étude auprès des professionnels.

³ L'ONFV a depuis 2011 réalisé différentes études et rapports sur des thématiques pertinentes (fin de vie et précarités, fin de vie et personnes âgées, fin de vie à domicile). Méthodologiquement, il nous semble avoir développé une hybridité entre une approche quantitative et qualitative, notamment en faisant apparaître des données chiffrées et une attention pour les parcours de vie des personnes malades (<http://www.onfv.org/rapports/>, consulté le 2 décembre 2016).

⁴ De plus, dans une démarche qualité de ce travail, les procédures de demande d'autorisation auprès du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ont été engagées.

⁵ Depuis la loi Leonetti de 2005, la loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie a été adoptée. Elle met en avant un droit à la « sédation profonde et continue ». Elle ne présente ni les caractéristiques d'une demande d'euthanasie, ni d'un suicide assisté. Un renforcement des directives anticipées a été opéré. La formation initiale et continue des professionnels de la santé comportera un enseignement en soins palliatifs. Nous n'avons pas encore le recul nécessaire quant à son application.

Références

- Aubry, R. (2016). La fécondité possible du doute en fin de vie. Dans E. Lemoine, & J.-P. Pierron (Éds), *La mort et le soin. Autour de Vladimir Jankélévitch* (pp. 67-78). Paris : Presses universitaires de France.
- Baudry, P. (2013). *Pourquoi les soins palliatifs?* Cirey-sur-Blaise : Châtelet-Voltaire.
- Bourgeois-Guérin, V., & Beaudoin, S. (2016). La place de l'éthique dans l'interprétation de la souffrance en recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, 35(2), 23-44.
- Brohm, J.-M. (2008). *Figures de la mort. Perspectives critiques*. Paris : Beauchesne.
- Chevallier-Michaud, J., & Thiriot, C. (2011). Le travail médico-social des soins palliatifs à l'hôpital. *Le Sociographe, Hors-série, 4*, 27-47.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Aubier.
- Elias, N. (1998). *La solitude des mourants*. Paris : Christian Bourgois éditeur.

- Hintermeyer, P. (2003). *Euthanasie, la dignité en question*. Paris : Buchet-Chastel.
- Husserl, H. (1996). *Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps*. Paris : Presses universitaires de France.
- Jankélévitch, V. (1995). *Une vie en toutes lettres. Lettres à Louis Beauduc*. Paris : Liana Levi.
- Jankélévitch, V. (2003). À propos de l'euthanasie (entretien avec P. Dupont). Dans V. Jankélévitch (Éd.), *Penser la mort?* (pp. 61-104). Paris : Liana Levi.
- Lalande, F., & Veber, O. (2009, Novembre). *La mort à l'hôpital* [Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)]. Repéré à <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000037.pdf>
- Levinas, E. (1995). *Altérité et transcendance*. Saint-Clément-de-Rivière : Fata Morgana.
- Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi (1986). *Circulaire relative à l'organisation de soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale*. Paris. Repéré à <http://www.sfap.org/system/files/circulaire-laroque.pdf>
- Mission d'évaluation de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. (2008, Novembre). France : Assemblée nationale, Rapport d'information n° 1287.
- Mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie (sous la présidence du député J. Leonetti). (2004, Juillet). *Respecter la vie. Accepter la mort*. France : Assemblée nationale, XII^e législature, Rapport n° 1708, tomes I et II. Repéré à <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i1708-t1.asp>
- Mouchet, E., Testu, V., & Veyrié, N. (2012). *Quand les personnes malades en fin de vie ou leur entourage demandent « à mourir »*. *Analyse des demandes déclarées par des professionnels de santé et éléments de compréhension de la mise en œuvre de la loi Leonetti* [Rapport de recherche sous la responsabilité du D^r P. Delassus. Unité mobile Douleur et soins palliatifs, Pôle de recherche et d'épidémiologie du CHRU de Caen]. Centre de recherche et d'étude sur les risques et les vulnérabilités de l'Université de Caen, Caen, France.
- Observatoire national de la fin de vie (ONFV). (2011). *Fin de vie : Un premier état des lieux* [Rapport 2011]. Repéré à <http://www.spfv.fr/sites/default/files/file/PDFRapportONFV2011.pdf>
- Pierron, J.-P. (2014). *Vulnérabilité. Pour une philosophie du soin*. Paris : Presses universitaires de France.

- Ricœur, P. (2015). La souffrance n'est pas la douleur. Dans C. Marin, & N. Zaccà-Reyners (Éds), *Souffrance et douleur. Autour de Paul Ricœur* (pp. 13-33). Paris : Presses universitaires de France.
- Rosa, H. (2013). *Accélération. Une critique sociale du temps*. Paris : La Découverte.
- Thomas, L.-V. (1978). *Mort et pouvoir*. Paris : Payot.
- Thomas, L.-V. (1997). La mort, objet anthropologique. *Prétentaine*, 7-8, 225-235.
- Veyrié, N. (2006). *Éthique et transversalité du sociologue face au mourir : Peut-on tout « observer »?* Communication présentée au 12^e Congrès national de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, Montpellier, France.
- Veyrié, N. (2014). *Fin de vie, société et souffrance*. Lormont : Le Bord de l'eau.
- Veyrié, N. (2015). La mort, le chercheur et le travail des implications. Du silence de l'objet au sens de la transversalité. *Spécificités*, 8, 21-26.
- Ziegler, J. (1975). *Les vivants et la mort*. Paris : Seuil.

Nadia Veyrié est Docteure en sociologie de l'Université Montpellier III, chercheur au Centre d'étude et de recherche sur les risques et les vulnérabilités et chargée d'enseignement à l'Université de Caen, formatrice auprès de futurs travailleurs sociaux (France). Elle travaille sur le deuil, les héritages, la fin de vie, les soins palliatifs et l'accompagnement médico-social des malades. Elle est l'auteure de Deuils et héritages. Confrontations à la perte du proche; Fin de vie, société et souffrance (Bord de l'eau, 2012 et 2014).

La réflexivité nécessaire à l'éthique en recherche : l'expérience d'un projet qualitatif en santé mentale jeunesse auprès de réfugiés

Prudence Caldairou-Bessette, Ph. D./Psy. D.

Institut SHERPA/ Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill,
Canada

Mélanie Vachon, Ph. D.

Université du Québec à Montréal, Canada

Gabrielle Bélanger-Dumontier, Doctorante

Université du Québec à Montréal, Canada

Cécile Rousseau, M.D.

Université McGill, Canada

Résumé

La recherche qualitative auprès de populations vulnérables en institutions de soins soulève de nombreux enjeux éthiques. Cet article se veut un exercice réflexif sur la particularité et la complexité des enjeux soulevés par ce type de recherche. Pour ce faire, nous revisiterons notre expérience récente d'une recherche en santé mentale jeunesse auprès de réfugiés. Partant de considérations méso-éthiques pour en arriver à des considérations micro-éthiques, nous aborderons la question de l'éthique de la recherche avec les réfugiés, les complexités éthiques d'ordre procédural rencontrées dans le processus d'approbation institutionnelle du projet (enjeux de protection) ainsi que les enjeux éthiques fondamentaux qui ont été soulevés lors du recrutement des participants et de la cueillette des données par entretien (responsabilité et sollicitude). Notre expérience nous permet de conclure à la complémentarité des différents niveaux éthiques (procédural/pratique) en recherche qualitative et à la nécessité de la réflexivité du chercheur pour permettre le développement de pratiques éthiques, particulièrement dans des contextes de vulnérabilité.

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 36(2), pp. 29-51.

LES ENJEUX ACTUELS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE À L'HÔPITAL ET DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS DE
LONGUE DURÉE

ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

© 2017 Association pour la recherche qualitative

Mots clés

ÉTHIQUE, RÉFLEXIVITÉ, RECHERCHE QUALITATIVE, VULNÉRABILITÉ, RÉFUGIÉS

Introduction

La recherche qualitative qui porte sur l'expérience humaine soulève de nombreux questionnements éthiques fondamentaux (Brinkmann & Kvale, 2005). Cela est d'autant plus vrai lorsque le chercheur qualitatif souhaite interroger l'expérience d'individus bénéficiant de soins en contexte institutionnel (Chiang, Keatinge, & Williams, 2001; Sutton, Erlen, Glad, & Siminoff, 2003) et présentant une situation de vulnérabilités multiples comme les réfugiés (Block, Warr, Gibbs, & Riggs, 2012). Les personnes réfugiées peuvent en effet être d'autant plus vulnérables qu'elles doivent souvent composer avec une histoire traumatique et une précarité sociale pouvant avoir un impact sur leur santé mentale (Haene, Grietens, & Verschueren, 2010).

Les enjeux éthiques spécifiques à la recherche qualitative ont largement été abordés dans la littérature (Brinkmann & Kvale, 2005; Haverkamp, 2005; Marcilla, 2016; Martineau, 2007). On y retrouve notamment des écrits sur les préoccupations éthiques associées aux diverses phases de la recherche, avec un accent particulier sur les questions du consentement éclairé, de la cueillette des données par entretien (Brinkmann & Kvale, 2005) et de la confidentialité (Haverkamp, 2005). Dans les domaines spécifiques de la psychologie ou de la santé mentale¹, la délicate frontière entre l'interaction de recherche et l'interaction thérapeutique a également fait l'objet de réflexions éthiques (Brinkmann & Kvale, 2005; Corbin & Morse, 2003; Haverkamp, 2005).

Assurément, l'une des particularités de la recherche qualitative concerne la nature relationnelle de l'interaction entre chercheurs et participants (Buckel, Corbin Dwyer, & Jackson, 2010). D'ailleurs, pour Jeffrey (2004), la recherche qualitative peut être vue essentiellement comme un « art de la rencontre ». Cet art relève notamment de la qualité d'être du chercheur dans le rapport de proximité qu'il établit avec les participants, ainsi que dans l'exploration de dimensions sensibles (Corbin & Morse, 2003; Coyle & Wright, 1996; Crowther & Lloyd-Williams, 2012) et parfois souffrantes (Bourgeois-Guérin & Beaudoin, 2016) de leur expérience. Dès lors, la valeur éthique de la recherche se pose à même l'interaction qui se déploie entre le chercheur et le participant. On pense notamment aux rapports de pouvoir nécessairement présents dans l'interaction de recherche, et ce, considérant le dévoilement unidirectionnel du participant et le danger d'instrumentalisation du vécu d'individus potentiellement vulnérables (Brinkmann & Kvale, 2005). En somme, les dynamiques relationnelles complexes au cœur de la recherche qualitative en santé mentale exigent non pas uniquement des balises éthiques, mais aussi une manière d'être particulière ou encore une disposition éthique du chercheur. Pourtant, les enjeux éthiques relationnels vécus

quotidiennement par les chercheurs qualitatifs sont très peu abordés par les comités institutionnels, dans la formation des chercheurs, voire dans la littérature académique (Martineau, 2007). Trop souvent, l'éthique de la recherche est réduite à sa dimension procédurale, c'est-à-dire à une série de règles (Doucet, 2010), bien que ces règles soient pertinentes. Guillemain et Gillam (2004) distinguent d'ailleurs l'éthique procédurale de l'éthique pratique.

L'**éthique procédurale** fait référence aux mesures concrètes instaurées au sein des institutions afin d'assurer le respect des droits fondamentaux des sujets (consentement libre et éclairé, confidentialité, risque minimal, etc.). Ces mesures sont inspirées des quatre principes piliers de l'éthique de la recherche biomédicale que sont l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice sociale (Beauchamp & Childress, 2012). Il s'agit davantage d'une « méso-éthique »² assurée par l'évaluation des comités institutionnels en amont de la recherche.

D'autre part, l'**éthique pratique** concerne les dilemmes éthiques auxquels est confronté régulièrement le chercheur dans le travail de terrain, particulièrement en recherche qualitative. On peut situer l'éthique pratique au niveau « micro-éthique »³, lequel réfère davantage à une éthique du dialogue, de la rencontre, de l'attention (Martineau, 2007). Ce niveau éthique ne peut être prescriptif ni institutionnalisé. Martineau (2007) le décrit plutôt comme une écoute et une ouverture. La recherche entière est traversée d'enjeux micro-éthiques. Si ceux-ci se condensent souvent dans la rencontre participant/chercheur, la dimension éthique pratique (ou micro) accompagne également le chercheur qualitatif tout au long de sa démarche de compréhension. Cette éthique est par ailleurs caractérisée par une pratique réflexive du chercheur, c'est-à-dire par un retour critique sur son expérience et sa démarche de recherche (Block et al., 2012). La réflexivité, contrairement à la réflexion, fait référence à un retour de la pensée sur elle-même, c'est-à-dire à une forme « d'auto-analyse » (Bourdieu, 2001). La réflexivité éthique implique une considération tant pour autrui (le participant) que pour soi-même (le chercheur) et la relation, dans un horizon de « bien faire », ou de la « vie bonne » (Ricœur, 1990).

Bien qu'on semble reconnaître la valeur, l'importance et la centralité de la micro-éthique en recherche qualitative, celle-ci semble trop souvent occultée par des considérations méso-éthiques (assurées par les comités institutionnels). Pourtant, les règles de l'éthique procédurale sont à elles seules insuffisantes, voire parfois inadéquates, pour conférer à une recherche sa valeur éthique. Les principes de la méso-éthique peuvent permettre la clarification de certains enjeux ou encore guider quelques décisions, mais ils s'avèrent de bien peu d'aide lorsqu'il s'agit de réfléchir aux conduites, attitudes et manières d'être à privilégier dans des situations délicates et chargées émotionnellement pour le chercheur ou le participant (Edwards & Mauthner, 2002). De plus, contrairement à la micro-éthique, la méso-éthique est bien cernée,

encadrée et évaluée par des comités prévus à cet effet. Cela est d'autant plus vrai en contexte institutionnel de soins. L'éthique pratique se voit pour sa part essentiellement reléguée à la conscience des chercheurs (Martineau, 2007). De plus, comme nous l'avons évoqué plus haut, les défis que pose le terrain en matière de relations sont rarement abordés en profondeur dans la formation des chercheurs (Guillemin & Gillam, 2004) et ils sont peu décrits dans la littérature (Martineau, 2007). Très peu d'écrits spécialisés traitent de l'intrication des différents niveaux éthiques aux diverses étapes de réalisation d'un projet. C'est précisément ce que nous proposons de faire dans le cadre de cette contribution.

Par ailleurs, lorsque réalisée en institution de soins, la recherche qualitative doit se déployer à l'intérieur d'un cadre excessivement normé, notamment celui des comités d'éthique institutionnels. Un tel contexte est susceptible de favoriser une forme d'éthique procédurale et prescriptive, parfois au détriment d'une forme d'éthique plus réflexive, relationnelle et contextualisée. Ainsi, dans le cadre de ce numéro spécial sur la recherche qualitative en institutions de soins, nous proposons une réflexion sur la particularité et la complexité des enjeux éthiques (mésos et micros) soulevés par la recherche qualitative menée auprès de populations vulnérables en contexte institutionnel. Pour ce faire, nous puiserons à même notre expérience récente d'une recherche en santé mentale jeunesse auprès de réfugiés⁴. Dans la réalisation de cette recherche en santé mentale, la complexité éthique s'est avérée un défi de taille tant au plan des procédures éthiques institutionnelles qu'à ceux des enjeux et des questionnements relationnels profonds suscités chez les chercheuses. Dans les prochaines sections, nous proposons d'abord de résumer les grandes lignes du projet de recherche dont il est ici question. Par la suite, nous aborderons les défis rencontrés lors des procédures d'approbation éthique institutionnelle. Finalement, nous discuterons plus spécifiquement des enjeux éthiques pratiques et relationnels auxquels nous avons été confrontées, ainsi que des modalités de résolution dont nous nous sommes dotées.

Santé mentale jeunesse et réfugiés : un aperçu du projet

Problématique et objectifs de la recherche

L'objectif général du projet était de documenter l'expérience de familles réfugiées ayant bénéficié d'un suivi en santé mentale jeunesse en Centre de santé et de services sociaux (CSSS)⁵ dans la région de Montréal. Notre étude répondait à la nécessité de réfléchir à l'aménagement des services pour ces familles. En effet, la précarité du statut légal et migratoire, les particularités culturelles de ces familles et les manifestations spécifiques de la détresse des jeunes nécessitent une adaptation clinique et organisationnelle des soins et services de santé mentale pour mieux répondre à leurs besoins.

Notre étude poursuivait trois sous-objectifs de recherche : 1) décrire et documenter les portraits cliniques que présentent les jeunes réfugiés d'âge scolaire (6 à

17 ans) recevant ou ayant reçu des soins en santé mentale jeunesse; 2) mieux comprendre l'expérience des soins en santé mentale jeunesse selon la perspective des jeunes, de leurs parents et des intervenants impliqués; 3) décrire les forces et les limites d'un modèle de soins collaboratifs en santé mentale jeunesse destiné aux familles réfugiées.

Démarche méthodologique⁶

Afin d'atteindre nos trois sous-objectifs de recherche, nous avons élaboré un devis de recherche qualitatif par étude de cas multiples – où « un cas » représentait une famille suivie en santé mentale jeunesse – à différents moments de la trajectoire de soins. Pour chacun des cas, nous avons recueilli des données auprès des enfants, des parents ainsi que des intervenants impliqués. Plus précisément, notre méthodologie comportait : 1) des entretiens auprès des parents; 2) des entretiens auprès des enfants; 3) des entretiens auprès des intervenants; 4) l'étude des dossiers cliniques. Les entretiens ont été réalisés soit par la chercheuse principale, par une cochercheuse ou par la coordonnatrice de recherche. Tous possédaient une formation en psychologie clinique (adulte ou enfant) ainsi qu'une formation à la réalisation d'entretiens qualitatifs.

Les entretiens auprès des enfants (6 à 17 ans) ont été adaptés en fonction de l'âge et du niveau de développement de ceux-ci. Ils pouvaient comprendre des questions sur les soins, des dessins et des jeux, dans une perspective exploratoire⁷. Dans tous les cas, la démarche de cueillette des données se devait de toujours préconiser le bien-être de l'enfant au détriment de la cueillette systématique des données. Cet aspect a été discuté avec les membres du comité d'éthique ayant évalué et approuvé le projet.

Les entretiens semi-structurés auprès des parents et des adolescents portaient essentiellement sur leur expérience du suivi en santé mentale jeunesse. Les entretiens réalisés auprès des intervenants nous permettaient pour leur part de mieux comprendre les diverses situations cliniques des familles, d'en savoir davantage sur le type d'intervention leur étant offert, ainsi que de recueillir le vécu des intervenants dans la pratique auprès de familles migrantes. En effet, la pratique clinique au sein d'un programme de santé mentale jeunesse du réseau de santé publique comporte ses richesses et ses défis. Nous voulions en savoir davantage sur l'expérience des intervenants au contact des familles pour réfléchir par la suite à des pistes de formation ou des recommandations cliniques et organisationnelles.

Les familles étaient recrutées auprès de leur intervenant principal. Les intervenants étaient approchés directement par la chercheuse principale afin de présenter le projet et d'identifier des familles répondant aux critères d'inclusion de l'étude, c'est-à-dire être une famille réfugiée dont au moins un enfant aurait entamé, poursuivi ou complété un suivi en santé mentale jeunesse. Pour qu'un cas soit sélectionné, au moins deux membres constituant la triade (enfant, parent, intervenant)

devaient accepter de participer à l'étude. Lorsque les familles étaient identifiées, les intervenants approchaient eux-mêmes les parents des familles qui répondaient aux critères d'inclusion afin de leur présenter le projet. Lorsque la famille acceptait de prendre part au projet, elle autorisait son intervenant à transmettre ses coordonnées à la chercheuse principale. Nous prenions alors contact avec la famille en question pour présenter de nouveau le projet et planifier une première rencontre. Au final, neuf familles ont été recrutées. Dans plusieurs des cas, les entretiens ont été réalisés avec la présence d'un interprète. Une compensation sous forme de bon d'achat d'épicerie était offerte à chacune des familles en reconnaissance de leur participation.

De la complexité éthique de la démarche

Notre projet de recherche comportait donc différentes sphères de complexité éthique. D'ailleurs, les membres du comité d'éthique institutionnel qui chapeautait le projet l'ont qualifié de « sensible » puisqu'il portait sur une population considérée comme étant « très vulnérable ». En effet, en plus d'être issues d'une population clinique, les familles recrutées avaient un statut migratoire précaire, ce qui représentait une condition de vulnérabilité supplémentaire. De plus, la situation de migration forcée de ces familles pouvait laisser présager une trajectoire de vie marquée de ruptures et de potentiels traumatismes. Dans la section qui suit, nous proposons de décrire davantage quelques enjeux éthiques spécifiques à la recherche auprès des individus en contexte de migration forcée. Nous avons d'ailleurs rencontré plusieurs de ces enjeux dans la réalisation de notre projet.

Recherche et réfugiés : quelle éthique?

Dans la littérature académique, une controverse importante règne quant à la valeur éthique de la recherche réalisée auprès d'individus en situation de migration forcée. Parce que ces individus se retrouvent souvent sans protection, ils doivent s'appuyer sur l'hospitalité et l'humanité d'étrangers, comme le stipulent les conventions internationales (Rousseau & Kirmayer, 2010). Dans un tel contexte de précarité au plan des droits et libertés, on peut se questionner sur la possibilité réelle des individus en situation de migration forcée de consentir de manière libre et éclairée à participer à une recherche. On souligne de plus un certain danger d'exploitation (Leaning, 2001; Macklin, 2003) incluant le danger d'instrumentaliser le vécu d'individus vulnérables, c'est-à-dire dont l'histoire de vie est potentiellement souffrante et qui se retrouvent souvent en situation de grande nécessité matérielle et relationnelle, aux fins de recherches leur apportant peu de bénéfices concrets au bout du compte. Finalement, les individus en situation de migration forcée peuvent avoir été victimes des rapports de pouvoir inégaux dans leur pays d'origine, où leur survie et leur protection dépendaient de leur asservissement à une autorité institutionnelle parfois oppressive. Ainsi, puisque la recherche s'inscrit dans un cadre institutionnel qui reproduit en quelque sorte une

inégalité dans les rapports chercheurs/participants, la possibilité d'émettre un réel consentement libre et éclairé peut être compromise.

Pourtant, la recherche auprès de personnes en situation de migration forcée peut permettre de mieux comprendre leur vécu afin de répondre plus adéquatement à leurs besoins, particulièrement en contexte de soins. Ainsi, un autre pan de la littérature académique tend à favoriser la recherche auprès des individus à statut migratoire précaire, tout en favorisant la réflexivité des chercheurs à l'adaptation nécessaire de leurs démarches de recherche. En ce sens, on affirme que ce ne sont pas tant les individus réfugiés qui sont eux-mêmes vulnérables, mais que c'est plutôt leur situation de migration forcée – y compris l'hostilité de l'accueil qui leur est parfois destinée – qui les rend vulnérables (Rousseau & Kirmayer, 2010). Par définition, les individus dont le statut migratoire n'est pas régularisé sont dépouillés de leur droit de revendication, ce qui peut en effet compromettre leur liberté de consentement. Néanmoins, les exclure de la recherche par protection constitue une autre forme de préjudice à leurs droits fondamentaux et soulève tout autant de questionnements éthiques (Rousseau & Kirmayer, 2010). Déterminer d'emblée qu'un individu n'est pas en mesure de prendre une décision pour lui-même représente une atteinte à son autonomie et à sa capacité de prendre des décisions pour lui-même. En cela, exclure les populations réfugiées des corpus de recherche dans le but de les protéger les priverait de leur parole et de leur droit de s'exprimer sur leur situation de vie (Rousseau & Kirmayer, 2010).

En réponse à cette controverse, et considérant les défis éthiques rencontrés par les chercheurs dans la réalisation de recherches auprès d'individus réfugiés, une équipe de recherche travaille actuellement à l'élaboration de « Directives en matière d'éthique de la recherche auprès de personnes en situation de migration forcée » (J. Cleveland, ébauche soumise à des fins de commentaires, non publiée, novembre 2016) destinées au Conseil canadien pour les réfugiés. Cette initiative unique aborde avec sensibilité et diligence les contextes spécifiques des individus en situation de migration forcée et sensibilise les chercheurs aux attitudes à adopter avec cette population. Le document énonce entre autres une série de recommandations afin d'assurer que les bienfaits de la recherche puissent en dépasser les désagréments. On y expose quelques principes directeurs spécifiques à cette population et on discute des modalités d'adaptation des principes éthiques classiques dans des contextes de migration forcée. À titre d'exemple, on spécifie des modalités particulières quant à la confidentialité : on rappelle qu'aux fins de leur projet, les chercheurs recueillent parfois des informations auprès des participants qui pourraient menacer ou révoquer l'obtention de leur statut migratoire (dont le statut de réfugié). En cas de subpoena, le chercheur se verrait dans l'obligation de communiquer les informations recueillies aux autorités légales. Étant donné le statut juridique précaire des participants, on invite les chercheurs à protéger de manière supplémentaire leurs données en évitant de recueillir des données

nominatives non essentielles et en cryptant les données de manière à préserver au maximum la confidentialité et l'anonymat.

Ainsi, la recherche auprès des réfugiés comporte plusieurs particularités à prendre en considération au plan éthique. Celles-ci concernent tant le niveau méso-éthique (p. ex. la confidentialité des données) que le niveau micro-éthique (p. ex. composer avec les relations de pouvoir asymétriques au contact des participants). Dans le cadre de notre projet de recherche, ces enjeux spécifiques ont représenté un niveau de complexité supplémentaire à prendre en considération. Celui-ci s'est donc ajouté aux nombreuses autres considérations éthiques du projet qui découlaient de la nature qualitative des données recueillies ainsi que du contexte institutionnel de soins en santé mentale.

Les démarches institutionnelles : doute et protection des participants

Nous avons entamé les démarches d'approbation institutionnelle en mars 2013, moment où la première évaluation éthique du projet a été effectuée. Lors de cette évaluation initiale, les membres du comité d'éthique ont soulevé plusieurs préoccupations, notamment quant aux démarches de recrutement des participants par l'intermédiaire de leurs intervenants et aux multiples consentements devant être obtenus (accès aux dossiers, consentement des parents pour les enfants, consentement à la divulgation d'informations cliniques par les intervenants, etc.). La question de la confidentialité des informations recueillies a également été soulevée, de même que l'importance de crypter et d'anonymiser les données dès leur cueillette. En outre, le choix d'opter pour un consentement verbal plutôt qu'écrit a engendré plusieurs réflexions et discussions. Le recours aux diverses modalités de cueillette des données auprès des enfants a également exigé des clarifications. Les membres du comité craignaient une surcharge des procédures de cueillette des données à des fins évaluatives, lesquelles auraient pu faire violence aux enfants déjà suivis en santé mentale jeunesse. À cet égard, il a été établi très clairement qu'en tout temps, le confort et le bien-être des participants devaient prévaloir sur la qualité des informations recueillies par les chercheuses. Ainsi, dans tous les cas, les chercheuses devaient faire preuve d'une très grande souplesse pour s'ajuster aux besoins des participants. Les procédures devaient être suffisamment flexibles et créatives pour respecter toute particularité culturelle ou religieuse des familles. Par exemple, pour certaines familles, le consentement d'une mère devait s'accompagner du consentement et de la présence de son mari pour que la recherche ait lieu. Pour d'autres, il était essentiel que l'enfant soit accompagné d'un parent en entrevue. Tout désir et toute demande d'accommodement étaient reçus et honorés par les chercheuses pour assurer un confort maximal des participants.

À la suite des révisions et corrections apportées aux procédures de recherche, la chercheuse principale a été invitée à rencontrer les membres du comité d'éthique afin

de discuter de points précis. Lors de cette rencontre, chacun des détails de la procédure de recrutement et de la méthodologie a été discuté et révisé de concert avec les membres du comité d'éthique. Le comité a exprimé ses réserves quant à l'approbation et à la réalisation du projet. Cette rencontre a néanmoins permis aux membres du comité de questionner directement la chercheuse principale sur les points sensibles et d'évaluer la valeur de ses explications. Les fondements essentiels de notre démarche ont été établis en insistant sur la nécessité de toujours faire preuve de souplesse et de diligence pour préconiser le bien-être des participants. Les membres du comité ont finalement insisté sur l'importance d'expliquer aux participants l'absence de bénéfices directs liés à leur participation à la recherche ainsi que la distinction importante entre une démarche de recherche et une démarche thérapeutique. Les membres du comité désiraient s'assurer que les participants comprennent bien que la recherche n'était pas une offre de soins ou de services et qu'elle n'avait ainsi aucune portée thérapeutique pour eux. Dans le même sens, nous avons insisté sur la réserve nécessaire dont nous devons faire preuve en ce qui a trait à l'évocation de contenus potentiellement traumatiques dans l'expérience des participants. Notre entretien s'articulait davantage autour des circonstances de vie actuelles et des soins reçus. Nous aborderons par ailleurs plus loin la question de la frontière entre la recherche et la clinique sous l'angle de l'éthique pratique et relationnelle.

En somme, la plupart des exigences du comité d'éthique institutionnel visaient à assurer un consentement éclairé et à augmenter la protection des participants considérés comme étant très vulnérables. Cette protection avait d'abord comme objectif la diminution des risques associés à la cueillette d'informations sensibles et potentiellement préjudiciables aux participants. On souhaitait également protéger les participants de la détresse qui aurait pu refaire surface dans le contexte de l'entrevue et leur éviter des déceptions. De plus, la recherche était susceptible de surcharger les participants, tant au plan concret qu'au plan émotionnel. La participation au projet impliquait en effet d'y consacrer du temps, ce qui représentait un défi pour des familles déjà aux prises avec un suivi serré en santé mentale jeunesse ainsi que des démarches d'immigration prenantes et anxiogènes. Cette préoccupation a également été discutée.

La certification de conformité éthique a finalement été octroyée à la fin du mois de juin 2013. Au total, les procédures institutionnelles d'approbation éthique auront été d'une durée de quatre mois. Bien que complexes, elles ont largement permis de bonifier le projet de manière à mieux assurer le confort des participants et à minimiser les risques potentiels associés à la participation (adaptation du consentement, niveau d'anonymat, priorité au confort des participants, flexibilité, etc.). Ces démarches auront également eu comme impact de nous amener à nous questionner sur le bien-fondé du projet, entre autres en regard du fardeau que pouvait représenter la recherche pour les participants. Est-ce que la population participante était en effet « trop » vulnérable? Est-ce que notre demande de chercheuses de solliciter cette population était légitime?

Étions-nous réellement en mesure d'assumer notre demande exigeante envers ces personnes en situation de vulnérabilité?

Bien que de nature procédurale, les questionnements générés au contact du comité d'éthique institutionnel, qui s'est montré ouvert à la discussion, ont été fertiles et ont permis une certaine réflexivité d'ordre pratique. Néanmoins, plusieurs enjeux éthiques essentiellement pratiques et relationnels ont été occultés par le processus d'approbation institutionnelle. En effet, malgré le « feu vert » du comité institutionnel, notre expérience subséquente sur le terrain nous a permis de réaliser que la question de la protection des participants n'était que partiellement assurée par les procédures éthiques. Les modalités prévues par l'institution étaient en effet insuffisantes pour résoudre les dilemmes éthiques inattendus auxquels nous avons dû faire face par la suite. Ainsi, dans les prochaines sections, nous explorerons les enjeux éthiques qui ont émergé lors du recrutement et de la cueillette des données par entretiens.

Éthique et recrutement : assumer le fardeau de notre propre demande

Avant de commencer le recrutement des participants, nous avons poursuivi notre réflexion quant à la vulnérabilité de notre population. Nous étions sensibles au risque que la participation à l'étude représente un fardeau émotionnel pour les familles plus fragilisées. Nous étions également conscientes que même si le recrutement à partir des intervenants représentait la meilleure stratégie pour approcher adéquatement les familles, celles-ci auraient pu ressentir la pression de consentir à une demande provenant de leur aidant et craindre qu'un refus puisse entacher l'alliance au niveau des soins. Ainsi, nous avons pris la décision de cibler autrement notre population. À l'origine, nous souhaitions recruter des familles à différents moments de leur trajectoire de soins. Cependant, après réflexion, nous avons pris la décision de plutôt cibler des familles ayant déjà complété leur suivi en santé mentale jeunesse. Par cet ajustement, nous pensions faire appel à des familles moins vulnérables, dont le statut migratoire était potentiellement régularisé et dont la relation de soins avec l'intervenant n'était plus active. Nous souhaitions ainsi minimiser tant le fardeau que pouvait représenter la participation à l'étude que la pression de consentement potentielle.

C'est avec cette nouvelle population en tête que nous avons approché les intervenants afin d'identifier des familles répondant aux critères recherchés. Il nous a d'abord été possible de recruter une première famille ayant complété un suivi en santé mentale jeunesse et dont le statut migratoire était maintenant régularisé. Cette famille a en effet accepté de participer et la cueillette des données a été réalisée. Cependant, nous avons été incapables de recruter d'autres familles sur la base de ces critères. Dans certains cas, il était impossible de rejoindre les familles qui n'étaient plus activement suivies puisque leurs coordonnées n'étaient plus valides. Dans d'autres cas, nous avons découvert que les familles en question avaient été déportées dans leur pays d'origine.

La poursuite du projet nécessitait donc le recrutement de familles activement suivies en santé mentale jeunesse. Nous étions néanmoins conscientes de la potentielle fragilité de ces familles et de la lourdeur de notre demande. De concert avec les intervenants, nous avons identifié un bassin potentiel d'une quinzaine de familles répondant à nos critères. Toutefois, à peine identifiées, la plupart de ces familles ont dû être exclues d'emblée. Dans certains cas, les intervenants impliqués auprès des familles ont mentionné ne pas être à l'aise de solliciter leur participation au projet de peur de compromettre l'alliance établie ou encore de créer une confusion quant à leur rôle. D'ailleurs, dans la littérature de recherche qualitative en contexte institutionnel de soins, les difficultés associées au recrutement de patients par leurs soignants sont fréquentes et bien documentées (Chiang et al., 2001; Sutton et al. 2003). Dans la plupart de ces études, on insiste sur la nécessité d'entretenir de bonnes collaborations avec les soignants en respectant leurs réserves et en misant sur un dialogue ouvert pour assurer la protection des participants. C'est donc dans cette optique que nous avons exclu cinq familles potentielles.

Par ailleurs, plusieurs familles ont d'emblée été exclues du bassin potentiel, car leurs intervenants les considéraient comme étant trop fragiles ou vulnérables pour participer. Nous avons en effet anticipé cette éventualité. À cet égard, le Groupe consultatif interorganisme en éthique de la recherche (GER, <http://www.ger.ethique.gc.ca>), dont le mandat est de développer, interpréter et mettre en œuvre l'Énoncé de politique des trois Conseils sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains (CRSHC, CRSNGC, & IRSC, 2014), aborde la question de l'exclusion des populations vulnérables aux fins de recherche. De manière similaire aux réflexions suscitées par la recherche auprès d'individus en situation de migration forcée, le GER souligne qu'on ne devrait ni inclure de façon inappropriée, ni exclure systématiquement les personnes ou groupes en situation de vulnérabilité à cause de leur situation de vie. On met en lumière l'importance de ne pas présumer d'emblée la vulnérabilité d'individus uniquement sur la base de leur appartenance à un groupe dit vulnérable. Le GER souligne également l'attention particulière qui doit être portée aux individus en situation de dépendance ou encore en institutions de soins. Notre vigilance éthique doit redoubler lorsque l'on recrute des participants ayant de nombreux besoins primaires pressants et concrets. Ces situations délicates nécessitent réflexion et adaptation créative. Le GER insiste sur la nécessité que les chercheurs anticipent les conflits éthiques potentiels et qu'ils tâchent d'évaluer la vulnérabilité de chaque participant en fonction de son contexte précis. En favorisant le dialogue avec les intervenants et en nous fiant à leur jugement clinique, nous avons conclu à la nécessité d'exclure les participants jugés trop vulnérables par leurs intervenants.

Après un an de recrutement, nous avons finalement pu approcher six familles supplémentaires, pour lesquelles nous avons entamé la cueillette de données. L'une des familles s'est par contre désistée après avoir initialement accepté la demande de

l'intervenant. Cet incident a dû être déclaré au comité d'éthique institutionnel. Certaines familles ont plutôt opté pour une participation conditionnelle, ce qui a impliqué une adaptation subséquente de la cueillette des données ainsi qu'une nouvelle rencontre avec le comité d'éthique institutionnelle.

Outre ces difficultés, et de manière beaucoup plus fondamentale, nos difficultés de recrutement ainsi que les incidents occasionnés ont de nouveau remis en question le bien-fondé du projet. Nous avons à certains moments eu l'impression que les défis dépassaient largement les bienfaits potentiels et nous avons sérieusement considéré mettre fin au projet. Toutefois, l'arrêt du projet nous plaçait devant un nouveau dilemme éthique, puisque nous avons déjà recueilli des données pour une partie des familles échantillonnées. Ainsi, l'arrêt du projet aurait compromis toute possibilité d'utiliser les informations généreusement transmises par les familles pour atteindre nos objectifs initiaux de recherche. Nous nous devions en quelque sorte de faire honneur aux paroles déjà recueillies, de leur permettre de servir.

Bref, nous étions responsables et redevables envers les participants et devions assumer cette responsabilité en complétant le projet. À ce stade, les difficultés les plus importantes auxquelles nous faisons face ne concernaient pas tant les procédures concrètes, mais bien le malaise profond que nous ressentions à l'idée de porter notre demande de chercheuses à des individus dont les circonstances de vie étaient à la fois précaires et souffrantes. Mais après que le processus d'approbation éthique ait été complété, notre vécu en tant que chercheuses trouvait peu d'écho auprès des instances éthiques institutionnelles qui nous encadraient. Pourtant, la réflexivité des chercheurs, le contact avec leur expérience propre et les dilemmes vécus sont autant d'enjeux éthiques centraux en recherche qualitative et méritent d'être explorés.

Nous avons donc poursuivi le projet, mais en nous dotant d'espaces réflexifs supplémentaires, afin de pouvoir penser notre expérience. Nous avons notamment entamé une réflexion sur les sens possibles associés à la participation de familles à statut migratoire précaire à notre recherche. Nous nous sommes également investies dans une réflexion clinique plus large sur ce qui était en jeu dans notre interaction avec les participants, tout en précisant les réactions transférentielles et contre-transférentielles associées à notre projet. Nous nous sommes dotées d'espaces réflexifs en équipe, avec des chercheurs chevronnés ayant une expérience de recherche auprès de la population avec laquelle nous travaillions. Notre réflexivité accrue ne nous a toutefois pas immunisées de nos propres fragilités, ni de celles des participants que nous devons toujours rencontrer afin de compléter le projet. Dans la prochaine section, nous proposons de pousser plus loin notre réflexion sur les dilemmes éthiques relationnels vécus au contact des participants mêmes.

Entre recherche et soins : éthique, responsabilité et sollicitude

Les rencontres avec les membres des familles ayant accepté de participer au projet ont été des moments chargés émotionnellement tant pour les chercheuses que pour les participants où de nouveaux enjeux éthiques relationnels ont fait surface. Ce fut particulièrement le cas lors de l'entretien que la chercheuse principale a réalisé auprès de Rachid⁸, un jeune demandeur d'asile de 18 ans ayant été suivi en santé mentale jeunesse pendant une période de près d'un an. Rachid avait complété son suivi en santé mentale au moment où nous l'avons rencontré, mais était toujours suivi par une travailleuse sociale qui l'appuyait dans ses démarches d'immigration. D'ailleurs, Rachid était dans l'attente d'une date d'audience afin d'obtenir un statut de réfugié.

Les informations disponibles dans le dossier clinique de Rachid indiquaient qu'il avait été référé au programme de santé mentale jeunesse du CSSS par sa travailleuse sociale au Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA). Rachid était arrivé seul au pays trois ans plus tôt. Alors âgé de 15 ans, il avait pu s'installer chez un membre de sa famille élargie ayant immigré au Canada quelques années auparavant. Rachid n'avait d'ailleurs jamais fait la rencontre de cette personne dans le passé. Il avait grandi dans la région nord-africaine, et son père était impliqué au sein d'un groupe criminalisé. Lorsqu'il était âgé de cinq ans, la mère de Rachid est décédée dans des circonstances complètement inconnues. Rachid avait alors grandi essentiellement avec son père, qui l'impliquait dans ses activités criminelles. Rachid avait d'abord été impliqué dans le trafic de drogue. Son père, souvent intoxiqué, était indisponible pour répondre à ses besoins de base. Dès l'âge de 12 ans, Rachid avait été incité par son père à prendre part à de tels actes. Le père de Rachid lui avait d'ailleurs infligé de nombreux mauvais traitements lorsque Rachid s'était opposé à prendre part à des actes de violence. Cette escalade de violence avait d'ailleurs culminé lorsque Rachid était âgé de 14 ans. Son père l'avait incité à commettre un meurtre au sein d'un groupe rival. De peur d'être tué par son père, Rachid avait consenti au crime. Torturé par la culpabilité, Rachid a choisi de s'autodénoncer auprès de l'un de ses enseignants. Il reçut ainsi l'appui nécessaire pour quitter le pays et s'installer au Québec.

Dès son arrivée au Canada, Rachid avait entamé ses propres démarches d'immigration avec l'aide d'une travailleuse sociale. Il avait intégré l'école, mais y éprouvait de nombreuses difficultés à se concentrer et à tisser des liens. Rachid a donc été recommandé au programme de santé mentale jeunesse par sa travailleuse sociale. Son dossier clinique indiquait que Rachid souffrait d'un trauma complexe (Cloître et al., 2011), lequel reflétait la nature répétée et relationnelle des violences infligées par son père. Rachid faisait l'expérience fréquente d'épisodes de dissociation, d'attaques de panique et de cauchemars. Dans le dossier clinique, on décrit Rachid comme un jeune homme intelligent, mais très méfiant, évitant, anxieux et inhibé. Ces

caractéristiques s'avéraient également cohérentes avec son diagnostic de trauma complexe, ainsi qu'avec son histoire de vie.

Rachid avait été suivi en santé mentale jeunesse pendant un an pour le soutenir en prévision de son témoignage en Cour pour l'obtention de son statut. Tel que le suggèrent les bonnes pratiques en cas de trauma complexe, le suivi de Rachid était de l'ordre du soutien psychosocial, et non de l'ordre d'un traitement post-traumatique. En effet, puisque le témoignage en cour approchait, il n'était pas indiqué de travailler l'histoire traumatique, qui se voulait à la fois dense et souffrante. Ainsi, le suivi de Rachid visait un accompagnement afin de garder ses forces jusqu'au tribunal. De plus, les stratégies de survie et d'évitement mises en place par Rachid afin de se préserver de son vécu traumatique devaient être respectées.

Lorsque nous avons rencontré Rachid, il avait terminé son suivi en santé mentale jeunesse depuis peu et était en attente de témoigner. Il bénéficiait toujours du suivi de sa travailleuse sociale, mais il continuait de porter son histoire de vie traumatique et d'en subir les souffrances. En entretien, Rachid a fait preuve de coopération, mais semblait méfiant et était inhibé. Il regardait le sol et répondait de manière très brève à nos questions. Lorsque nous explorions l'expérience de Rachid, les différents soins et services reçus, il nous répondait : « Tout le monde dit qu'ils veulent m'aider, mais personne ne le fait vraiment. Ils se sentent tous mal pour moi, mais la plupart, je ne les connais même pas »⁹ [traduction libre]. Lorsque nous tentions d'explorer les besoins et sources de soutien actuels de Rachid, il évoquait que sa préoccupation principale était l'école. Il mentionnait que plusieurs de ses camarades de classe lui voulaient du mal, l'intimidaient et pourraient le tuer. Il a également ajouté considérer l'option de se tuer lui-même plutôt que de se faire tuer par ceux qui lui voulaient du mal. Il tenait ces propos avec grand détachement et une absence d'émotions apparentes, mais il se répétait à plusieurs reprises. Bien que nous tentions d'explorer davantage son expérience, il répétait constamment les mêmes phrases; l'impasse psychique dans laquelle il semblait se trouver le rendait de toute évidence indisponible.

Nous devons nous ajuster, et réagir, ce qui a demandé toute une série de micro prises de décisions à valeur éthique, dont chacune comportait son lot de questionnements. Bien que la différence entre l'entretien de recherche et l'entretien thérapeutique ait été soulignée dans l'approbation éthique, nous avons jugé nécessaire d'aller au-delà de notre position de chercheuse et de prendre soin de Rachid, étant donné son état de détresse. Nous nous sommes ainsi retrouvées dans une position plus clinique. Plutôt que d'insister sur les questions qui nous préoccupaient pour le projet, nous avons tenté de nous rendre disponibles pour Rachid et d'accueillir ce qui se déployait dans son discours, accompagnant sa parole et ses silences. À la suite de cet échange, nous avons délicatement tenté de résumer notre compréhension du message de Rachid en ouvrant avec lui la possibilité qu'il discute de ses difficultés avec sa

travailleuse sociale. Nous avons demandé à Rachid la permission de la contacter directement, ce à quoi il a consenti. Nous avons également exploré avec Rachid le risque qu'il s'enlève la vie et nous sommes assurées qu'il n'allait pas passer à l'acte dans un futur immédiat, ce qui est par ailleurs le comportement clinique prescrit dans ce genre de situation. Nous lui avons remis les coordonnées nécessaires pour qu'il puisse obtenir un soutien rapide en cas de détresse et lui avons partagé nos coordonnées. Nous avons aussi convenu avec lui que nous allions nous reparler après l'appel à sa travailleuse sociale. Nous avons finalement tenté de refermer doucement notre échange et reconduit Rachid à la salle d'attente, où un camarade de classe l'attendait.

Nous avons par la suite contacté la travailleuse sociale de Rachid pour l'informer de notre échange et explorer les possibilités de suivi qui s'offraient à lui. La référence à un professionnel de confiance en cas de détresse des participants était la modalité éthique prévue afin d'encadrer les risques associés à la recherche. Bien qu'il s'agisse d'une procédure convenable répondant aux exigences éthiques, cette expérience continuait de nous habiter. En tant que chercheuse en psychologie et psychologue, être témoin de la manifestation de la souffrance de Rachid nous avait interpellées dans notre sollicitude, nos valeurs, dans notre humanité et notre volonté de soin. À la suite de cette rencontre marquante, nous avons continué de nous questionner sur ce qui aurait été la bonne manière d'agir dans cette situation. Notre expérience nous ramenait donc davantage à notre rapport fondamental au « bien agir ». Aurions-nous dû encadrer mieux le discours? Est-ce que Rachid était trop fragile pour participer? Avions-nous accompagné adéquatement Rachid dans les limites institutionnelles que nous conférait notre « rôle » de chercheuses? Plus fondamentalement, nous étions confrontées à notre impuissance devant la souffrance de Rachid. Celle-ci se déployait dans le cadre de la recherche, mais témoignait plus fondamentalement de notre rapport ambigu de cliniciennes-chercheuses dans cette situation. Elle révélait tout autant notre malaise quant à l'iniquité entre nos conditions d'existence et celles de Rachid.

Nous étions par ailleurs conscientes des limites que notre rôle de chercheuses imposait. La délicate frontière entre la posture de soins et la posture de recherche avait d'ailleurs été discutée avec les membres du comité d'éthique. Pourtant, ici, l'enjeu éthique fondamental de la confusion des rôles ne résidait pas dans la nécessité de clarifier notre rôle auprès de Rachid, comme l'avaient prévu les procédures éthiques, mais bien de la clarifier à l'intérieur de nous-mêmes en portant la confusion inévitable que la situation générerait. Aux plans relationnel, moral, humain et pratique, recherche et soins ne peuvent être artificiellement séparés, dans la mesure où ils sont incarnés par une personne humaine. Bien que la posture scientifique se soit longtemps affranchie de toute implication relationnelle dans un idéal d'objectivité, cette vision de la recherche est maintenant largement remise en question et est impraticable dans un contexte de recherche qualitative auprès d'individus vulnérables. D'ailleurs, une posture neutre et

dénuée de sensibilité serait susceptible de faire davantage violence aux participants (Bourgeois-Guérin & Beaudoin, 2016), et ainsi de manquer d'éthique.

Au-delà des catégories, l'éthique véritable est toujours en effet fondée par une préoccupation pour autrui (Ricœur, 1990); elle est fondamentalement relationnelle. Ainsi, l'éthique s'ancre dans une sollicitude authentique, une sympathie véritable, une ouverture à l'altérité et une responsabilité assumée (Bourgeois-Guérin & Beaudoin, 2016). À cet effet, Bourgeois-Guérin et Beaudoin (2016) ont fait valoir l'intérêt de la pensée de philosophes tels que Ricœur (1990) et Lévinas (1994) pour mettre en lumière la responsabilité qu'implique la rencontre d'autrui dans le contexte de la recherche qualitative auprès d'individus souffrants. Ainsi, en soi, accueillir le témoignage de la personne souffrante est porteur d'une responsabilité fondamentale (Bourgeois-Guérin & Beaudoin, 2016). La sollicitude se manifeste alors par la sympathie par rapport à l'autre qui puise en sa fragilité pour nous offrir le récit de son expérience. Mais une réponse empreinte de sollicitude de la part du chercheur exige de s'autoriser à puiser en soi, à même ses propres expériences d'impuissance et de vulnérabilité, afin d'entendre éthiquement la souffrance de l'autre et d'oser une forme de résonance (Châtel, 2011). Ainsi, c'est dans ce mouvement éthique que nous avons tenté d'accueillir le plus humainement possible l'expérience de Rachid, tout en étant confrontées à notre impuissance d'agir concrètement pour l'apaiser de cette souffrance.

Les espaces réflexifs dont nous nous sommes dotées n'ont ainsi pas permis de résoudre les dilemmes éthiques une fois pour toutes, et tant mieux; ils ont permis de garder notre pensée éthique vivante et nous ont soutenues face à la difficulté de se trouver dans cette position d'impuissance et de questionnement.

Discussion

Par le partage de notre expérience et de nos réflexions, nous souhaitons mettre en évidence la complexité des différents enjeux éthiques susceptibles de se révéler en recherche qualitative en contexte institutionnel de soins auprès de populations vulnérables. Plus précisément, nous désirions élaborer davantage les enjeux éthiques d'ordre relationnel et pratique impliqués dans de telles recherches, enjeux trop souvent dans l'ombre des exigences éthiques institutionnelles, qui sont essentiellement d'ordre procédural.

Nous souhaitons également témoigner de notre expérience intime des dilemmes éthiques vécus en tant que chercheuses dans le domaine de la santé auprès de populations vulnérables. En effet, l'expérience, le vécu, les attitudes et les comportements des chercheurs se retrouvent forcément au cœur des décisions éthiques prises dans une recherche, mais ces aspects sont rarement abordés tant dans la littérature que dans la formation des jeunes chercheurs. Alors que plusieurs écrits traitent des tensions potentielles entre les demandes institutionnelles et les méthodologies qualitatives de recherche (Chiang et al., 2001; Corbin & Morse, 2003;

Opsal et al., 2016), les réflexions des chercheurs qualitatifs eux-mêmes quant à leur expérience de recherche sont souvent absentes des écrits sur l'éthique de la recherche. On se fait ainsi avare de notre propre vulnérabilité. Pourtant, la vulnérabilité du chercheur existe, tel que le soulignent plusieurs écrits (Allmark et al., 2009; Fahie, 2014; Jacobsen & Landau, 2003). Dans la relation humaine, chacun engage sa vulnérabilité, et le chercheur ne se soustrait pas à ce constat. Or la reconnaissance de notre vulnérabilité propre est au cœur du souci éthique véritable (Châtel, 2011). Cette vulnérabilité, qui comprend nos inquiétudes et notre sensibilité, ne sert pas uniquement la réalisation du projet et l'analyse des données, mais la relation à l'Autre, c'est-à-dire plus fondamentalement la visée éthique de la démarche de recherche : sa valeur humaine.

Somme toute, notre expérience met également en lumière la nécessité d'une grande souplesse de la part des chercheuses et dans les méthodologies utilisées pour assurer la réalisation éthique d'une recherche qualitative en contexte institutionnel de soins où les enjeux sont nombreux et prégnants. Elle témoigne aussi des échanges fertiles qui sont possibles avec les membres des comités d'éthique institutionnels afin de bonifier les mesures mises en place pour assurer la protection des participants. Néanmoins, notre expérience suggère également que les guides et principes méso-éthiques assurés par l'éthique institutionnelle sont insuffisants pour assurer le déroulement éthique d'une recherche menée auprès de participants vulnérables. La considération unique de l'éthique procédurale peut même être susceptible d'être nuisible tant aux participants qu'aux chercheurs eux-mêmes en reléguant les questions éthiques au seul processus d'approbation préalable et en désincarnant la rencontre de recherche de sa responsabilité et de son humanité fondamentale, c'est-à-dire de son éthique véritable.

Bien que l'on considère trop souvent l'éthique du point de vue de la conformité juridique, laquelle vise essentiellement à rendre les mesures de recherche et les comportements du chercheur conformes aux normes établies, les fondements de l'éthique sont philosophiques et interrogent les systèmes de valeurs en usage (Martineau, 2007). Une telle conception de l'éthique ne vise pas la conformité, mais se veut une manière de penser qui laisse place au doute, à la remise en question constante (Martineau, 2007). L'éthique a pour finalité le devenir (plus) humain; il s'agit d'une posture fondamentalement humaniste. Elle est intimement liée à la pratique du dialogue (Martineau, 2007). D'ailleurs, pour Malherbe (1997), l'apprentissage de l'éthique nécessite l'apprentissage du dialogue, mais également l'analyse du dialogue et l'analyse de soi et d'autrui dans le dialogue. À cet égard, nous pouvons saluer l'ouverture du comité d'éthique institutionnel à instaurer avec nous un dialogue fertile dans le cadre de notre recherche. C'est également par les voies du dialogue, fut-il avec nous-mêmes par moment, que nous avons pu composer avec les nombreux dilemmes

éthiques au cœur de notre projet; le cas raconté n'est qu'un exemple parmi plusieurs autres.

Notre expérience nous amène toutefois à déplorer les circonstances fréquentes où l'éthique de la recherche est dépouillée de ce dialogue réflexif fondamental. Ainsi, nous insistons sur la nécessité d'inclure des espaces réflexifs tenant compte de l'expérience du chercheur au sein de nos institutions, de manière à favoriser une « éthique en recherche » (Doucet, 2010). Par cette expression, Doucet (2010) propose un élargissement de l'éthique de la recherche au-delà des principes déjà admis. La réflexivité éthique permettant cet élargissement devrait ainsi être partie prenante des démarches de recherche et être valorisée par les bailleurs de fonds. Elle devrait également être intégrée de manière prioritaire à la formation des chercheurs, laquelle est pour l'instant souvent réduite à l'apprentissage des règles et principes, tel qu'en témoigne l'actuel programme de Formation en éthique de la recherche destiné aux contextes de soins du MSSS (<http://ethique.msss.gouv.qc.ca>). Cela est d'autant plus saillant dans le champ des recherches qualitatives, vu la complexité des enjeux éthiques qu'elle soulève. Dans ce champ, l'importance de la réflexivité du chercheur est ainsi soulignée par plusieurs (Block et al., 2012; Morrow, 2005; Tracy, 2010). Cette réflexivité semble être une condition du développement d'une véritable éthique en recherche, laquelle peut soutenir le chercheur pour assumer les confusions et dilemmes plutôt que de s'en dissocier, et permettre d'incarner son humanité en tant que chercheur plutôt que de l'encadrer artificiellement.

Conclusions et recommandations

Notre expérience de recherches qualitatives menées en contexte institutionnel de soins nous permet de conclure à la complémentarité de l'éthique procédurale et pratique, mais aussi à la nécessité de bonifier la place consacrée à l'éthique pratique de même qu'aux limites associées à la considération unique de l'éthique procédurale. Bien que nous ayons pensé à partir de l'expérience d'un projet de recherche qualitatif en santé mentale auprès de réfugiés, nos conclusions et recommandations pourraient s'appliquer à d'autres contextes de vulnérabilité, comme des contextes de pauvreté ou encore de maladie. Elles pourraient aussi potentiellement s'appliquer à un spectre de situations beaucoup plus large, dès lors que l'on considère une vulnérabilité impartie à la recherche sur l'humain.

À la lumière de notre expérience, nous nous permettons de formuler quelques moyens concrets susceptibles d'être déployés au sein des équipes de chercheurs et de la communauté scientifique pour favoriser la réflexivité du chercheur.

Au sein des équipes

Concrètement, en parallèle aux procédures éthiques institutionnelles, les chercheurs qualitatifs, et pourquoi pas tous les chercheurs, devraient se doter d'espaces libres et sécuritaires affectivement pour aborder de manière sensible leur expérience des

dilemmes éthiques qu'ils rencontrent tout au long de leurs projets. Des échanges faisant place au doute, aux remises en question et au dialogue devraient être instaurés au sein des institutions pour favoriser un climat de questionnement authentique sur l'éthique plutôt qu'une dynamique prescriptive. Ces espaces peuvent prendre la forme, entre autres, de discussions entre pairs ou avec des chercheurs plus expérimentés, de lectures, de supervisions de recherche, ou encore de rencontres en grande équipe réunissant différents projets. Ce sont de ces différentes formes d'espaces dont nous avons pu profiter au cours de notre projet, et qui ont d'ailleurs permis l'élaboration de cet article, qui constitue aussi un espace réflexif.

Au sein de la communauté scientifique

De tels espaces réflexifs devraient également régner au sein de la communauté scientifique pour diffuser et partager des expériences vécues de questionnements éthiques. De telles expériences demeurent taboues, mais sont pourtant inévitables et leur partage est susceptible d'être bénéfique pour le chercheur lui-même autant que pour ses pairs. Une certaine solidarité s'impose entre chercheurs pour faire place à un dialogue qui considère notre propre vulnérabilité, précisément dans le contexte où nous sommes amenés à rencontrer des individus vulnérables aux fins de nos recherches. Davantage d'écrits témoignant de ce genre d'expériences sont nécessaires. De tels partages sont également susceptibles de contribuer à une formation adéquate des chercheurs qualitatifs, mais aussi de tous les chercheurs, et de minimiser les risques d'une pratique réductrice de l'éthique. De manière plus large, il s'agit de favoriser une culture de la réflexivité éthique en science.

Les aprioris maintenant acquis de l'éthique procédurale sous-tendent toute la richesse de questionnements éthiques qui ont eu cours pendant des décennies, mais pour accomplir leur visée éthique, ces questionnements doivent impérativement rester ouverts. En ce sens, en vue de favoriser des « institutions justes » (Ricoeur, 1990), la réflexivité éthique devrait avoir préséance sur des procédures éthiques, bien que ces dernières gardent leur légitimité. D'ailleurs, si l'éthique vise le bien, les paroles d'Hannah Arendt (1972) nous rappellent que « c'est dans le vide de la pensée que s'inscrit le mal » (p. 218).

Notes

¹ Tout au long du texte, nous référerons à la recherche qualitative en santé mentale par souci de cohérence avec notre propos. Toutefois, celle-ci peut inclure toute forme de recherches interrogeant l'expérience humaine issue d'autres disciplines telles que le travail social, les sciences infirmières ou l'anthropologie par exemple.

² Selon les différentes définitions, l'éthique procédurale et la méso-éthique ne sont pas considérées comme étant synonymes. Toutefois, dans le cadre du présent article, nous référons aux descriptions et définitions présentées par Martineau (2007) et considérons ces termes comme étant équivalents.

³ Selon les différentes définitions, l'éthique pratique et la micro-éthique ne sont pas considérées comme étant synonymes. Toutefois, dans le cadre du présent article, nous référons aux descriptions et définitions présentées par Martineau (2007) et considérons ces termes comme étant équivalents.

⁴ Nous incluons dans cette dénomination les réfugiés d'un point de vue expérientiel et non légal, c'est-à-dire que nous incluons les familles dont le statut n'est pas officiellement reconnu par les autorités (elles peuvent par exemple être en attente ou même s'être vu refuser le statut).

⁵ Lorsque l'étude a été réalisée, l'appellation CSSS prévalait.

⁶ Une présentation plus exhaustive du projet fait actuellement l'objet d'autres publications.

⁷ Cet aspect fera l'objet d'une publication particulière.

⁸ Plusieurs détails concernant le cas de Rachid (nom fictif) ont été modifiés ou omis (tout en préservant le sens et l'essence du propos) afin de préserver son anonymat.

⁹ « Everybody say they want to help me, but nobody do. They all feel bad for me, but most of them, I don't even know them » (Rachid).

Références

- Allmark, P., Boote, J., Chambers, E., Clarke, A., McDonnell, A., Thompson, A., & Tod, A. M. (2009). Ethical issues in the use of in-depth interviews : literature review and discussion. *Research Ethics Review*, 5(2), 48-54.
- Arendt, H. (1972). *Les origines du totalitarisme, vol. 3 : Le système totalitaire*. Paris : Seuil.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2012). *Principles of biomedical ethics* (7^e éd.). New York, NY : Oxford University Press.
- Block, K., Warr, D., Gibbs, L., & Riggs, E. (2012). Addressing ethical and methodological challenges in research with refugee-background young people : reflections from the field. *Journal of Refugee Studies*, 26(1), 69-87.
- Bourdieu, P. (2001). *Science de la science et réflexivité*. Paris : Raisons d'agir.
- Bourgeois-Guérin, V., & Beaudoin, S. (2016). La place de l'éthique dans l'interprétation de la souffrance en recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, 35(2), 23-44.
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2005). Confronting the ethics of qualitative research. *Journal of Constructivist Psychology*, 18, 157-181.

- Buckle, J., Corbin Dwyer, S., & Jackson, M. (2010). Qualitative bereavement research : incongruity between the perspective of participants and research ethics boards. *International Journal of Social Research Methodology*, 13(2), 111-125.
- Châtel, T. (2011). Éthique du « prendre soin » : sollicitude, care, accompagnement. Dans E. Hirsch (Éd.), *Traité de bioéthique* (pp. 84-94). Paris : Erès.
- Chiang, V. C., Keatinge, D., & Williams, A. K. (2001). Challenges of recruiting a vulnerable population in a grounded theory study. *Nursing & Health Sciences*, 3, 205-211.
- Cloître, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD : Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615-627.
- Corbin, J., & Morse, J. M. (2003). The unstructured interactive interview : issues of reciprocity and risks when dealing with sensitive topics. *Qualitative Inquiry*, 9(3), 335-354.
- Coyle, A., & Wright, C. (1996). Using the counselling interview to collect research data on sensitive topics. *Journal of Health Psychology*, 1(4), 431-440.
- Crowther, J., Lloyd-Williams, M. (2012). Researching sensitive and emotive topics : the participant's voice. *Research Ethics*, 8(4), 200-211.
- CRSHC (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada), CRSNGC (Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada), & IRSC (Instituts de recherche en santé du Canada). (2014). *Énoncé de politique des trois Conseils. Éthique de la recherche avec des êtres vivants*. Ottawa : Secrétariat sur la conduite responsable de la recherche.
- Doucet, H. (2010). De l'éthique de la recherche à l'éthique en recherche. *Éthique publique*, 12(1), 13-30.
- Edwards, R., & Mauthner, M. (2002). Ethics and feminist research : theory and practice. Dans M. Mauthner, M. Birch, J. Jessop, & T. Miller (Éds). *Ethics in qualitative research* (pp. 14-31). London : Sage.
- Fahie, D. (2014). Doing sensitive research sensitively : ethical and methodological issues in researching workplace bullying. *International Journal of Qualitative Methods*, 13, 19-36.
- Guillemin, M., & Gillam, L. (2004). Ethics, reflexivity and « ethically important moments ». *Research Qualitative Inquiry*, 10(2), 261-280.
- Haene, L. D., Grietens, H., & Verschueren, K. (2010). Holding harm : narrative methods in mental health research on refugee trauma. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1664-1676.

- Haverkamp, B. E. (2005). Ethical perspectives on qualitative research in applied psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 146-155.
- Jacobsen, K., & Landau, L. B. (2003). The dual imperative in refugee research : some methodological and ethical considerations in social science research on forced migration. *Disasters*, 27(3), 185-206.
- Jeffrey, D. (2004). Le chercheur itinérant, son éthique de la rencontre et les critères de validation de sa production scientifique. *Recherches qualitatives, Hors-série, 1*, 115-127.
- Leaning, J. (2001). Ethics of research in refugee populations. *Lancet*, 357(9266), 1432-1433.
- Lévinas, E. (1994). Une éthique de la souffrance. Dans J.-M. Von Kaenel, & B. Ajchbaum-Boffety (Éds), *Souffrances, corps et âme, épreuves partagées* (pp. 127-137). Paris : Éditions Autrement.
- Macklin, R. (2003). Bioethics, vulnerability and protection. *Bioethics*, 17(5-6). Repéré à <http://www.unige.ch/medecine/ieh2/files/8714/3472/9172/me-12-Macklin-vulnerability-and-protection.pdf>
- Malherbe, J.-F. (1997). *La conscience en liberté. Apprentissage de l'éthique et création de consensus*. Québec : Fides.
- Marcillat, A. (2016). Réflexivité de la recherche par approche qualitative dans l'intervention sociale. Retour sur les problèmes éthiques et méthodologiques dans l'étude de populations vulnérables. *Recherches qualitatives, Hors-série, 20*, 176-187.
- Martineau, S. (2007). L'éthique en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion. *Recherches qualitatives, Hors-série, 5*, 70-81.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260.
- Opsal, T., Wolgemuth, J., Cross, J., Kaanta, T., Dickmann, E., Colomer, S., & Erdil-Moody, Z. (2016). "There are no known benefits..." : Considering the risk/benefit ratio of qualitative research. *Qualitative Health Research*, 26(8), 1137-1150.
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.
- Rousseau, C., & Kirmayer, L. (2010). From complicity to advocacy : the necessity of refugee research. *The American Journal of Bioethics*, 10(2), 65-67.
- Sutton, L. B., Erlen, J. A., Glad, J. M., & Siminoff, L. A. (2003). Recruiting vulnerable populations for research : revisiting the ethical issues. *Journal of Professional Nursing*, 19(2), 106-112.

Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality : eight « Big-Tent » criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.

Prudence Caldaïrou-Bessette travaille au sein de l'Institut SHERPA comme associée de recherche à l'IR du Centre universitaire de santé McGill. Elle est aussi professeure associée à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et psychologue en santé mentale jeunesse (en CLSC). Elle est diplômée de l'Université de Strasbourg et de l'UQAM en psychologie. Elle s'intéresse à la santé mentale des jeunes et des familles, au système public et à l'éthique.

Mélanie Vachon est professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et chercheuse affiliée à l'Équipe de recherche et d'intervention transculturelles du CSSS de la Montagne. Elle détient un Ph. D en psychologie clinique (Université de Montréal) et un post-doctorat en psychiatrie sociale transculturelle de l'Université McGill. Ses domaines d'intérêt et d'expertise en recherche sont le trauma, le deuil, la recherche qualitative, le sens et la souffrance.

Gabrielle Bélangier-Dumontier est candidate au doctorat clinique et professionnel (Ph. D./Psy. D.) en psychologie à l'Université du Québec à Montréal. Elle est bachelière en sciences de la santé (Université de Sherbrooke) et détient une majeure en psychologie (Université de Montréal). Elle s'intéresse à l'expérience psychologique des réfugiés dans le contexte québécois et aux questions éthiques en recherche.

Cécile Rousseau est pédopsychiatre et professeure à l'Université McGill. Elle est directrice scientifique de SHERPA, Institut de recherche au regard des communautés culturelles, et dirige aussi l'Équipe de recherche et d'intervention transculturelle, qui en fait partie. Ses intérêts de recherche incluent les soins partagés en santé mentale jeunesse, l'accès aux soins, l'accueil des réfugiées, la radicalisation violente et l'éthique.

Ajustement de la distance en situation d'observation directe des intervenants et des usagers en soins de longue durée

Yves Couturier, Ph. D.

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Résumé

Le présent article porte sur la compétence méthodologique à l'ajustement de la distance de l'observateur à l'observé dans le contexte des organisations de soins de longue durée. Ce nécessaire ajustement découle bien entendu des caractéristiques de la situation observée, dans un contexte où la nature des pratiques qui s'y déploie est délicate, mais aussi des diverses postures que prend le chercheur tout au long du processus de recherche. Si la question de l'ajustement de la distance doit être explorée en raison des conditions éthiques de la recherche en soins de longue durée, cette exploration concerne aussi des questions méthodologiques.

Mots clés

OBSERVATION, MÉTHODOLOGIE, DISTANCE

Introduction

Toute observation expose l'observateur et l'observé à un espace de visibilité ouvert et dans lequel, par nature, on ne peut prévoir tous les événements qui peuvent y surgir; cela est d'ailleurs la plus importante valeur épistémique de l'observation, mais aussi le plus important défi qu'elle pose en termes d'administration de la preuve (Arborio, 2007). Dans les contextes sensibles que sont les organisations de soins de longue durée, en raison de la nature des soins qui y sont prodigués, de la perte de capacité des personnes qui y vivent et de leur difficulté à consentir à la recherche, ou de la détresse que les soignants et soignés peuvent vivre, l'ajustement continu de la distance entre l'observateur et l'observé est crucial à l'éthique de la recherche, mais constitue aussi un aspect méthodologico-pragmatique nécessaire afin d'effectuer pertinemment et efficacement l'observation.

Le présent article se fonde sur une observation directe de pratiques professionnelles effectuées dans le cadre d'une organisation de soins de longue durée suisse. Il expose les conditions spatiales, temporelles et symboliques du bon ajustement

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 36(2), pp. 52-62.

LES ENJEUX ACTUELS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE À L'HÔPITAL ET DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

© 2017 Association pour la recherche qualitative

de la distance entre l'observateur et l'observé dans un contexte caractérisé par son haut degré de difficulté éthique.

Mise en contexte

À l'invitation d'un petit établissement de soins de longue durée suisse, comptant 60 lits, dont 15 en soins palliatifs, l'auteur du présent article a réalisé six jours d'observation d'équipes soignantes lors des visites médicales matinales et des rencontres d'équipe quotidiennes et hebdomadaires des quatre unités de l'organisation (4 X 15 lits). L'observation avait pour but officiel de préparer, à la demande des gestionnaires, une formation à la collaboration interprofessionnelle. Elle visait à développer une connaissance des pratiques effectives par l'observation directe. Dans les faits, la demande s'est avérée comporter une composante, en partie tacite, d'analyse institutionnelle découlant de la perception managériale de difficultés récurrentes quant à la qualité de la collaboration interprofessionnelle dans ces équipes. Les promoteurs de la formation avaient ainsi l'espérance que la formation pourrait faire prendre conscience aux intervenants desdites difficultés, ce qui aurait permis de développer puis de déployer un plan d'action à l'échelle de l'organisation en vue de changer l'ordre actuel des rapports interprofessionnels.

Les observations se sont majoritairement déroulées pendant les visites médicales du matin de l'équipe soignante incarnée, composée principalement de quatre duos médecin-infirmière (12 heures d'observation). Des observations des réunions d'équipe quotidiennes (6 heures d'observation) et une réunion hebdomadaire (2 heures) ont complété le corpus de données. Les résultats des observations ont été discutés avec les intervenants et leurs gestionnaires au cours de six séances de réflexivité (au total 12 heures). Aucune note d'observation n'a été prise pendant les temps formels d'observations, mais l'observateur a néanmoins rédigé des notes postobservations à la fin de chaque journée. Cette distance temporelle de la prise de notes par rapport au moment de l'observation découle exclusivement d'enjeux éthiques et méthodologiques requérant une posture discrète de la part de l'observé, surtout pour préserver la quiétude des personnes hébergées.

L'organisation se caractérisait par sa petite taille, ce qui facilitait, au moins en principe, les rapports collaboratifs particulièrement directs entre les différents acteurs, pour la plupart stables et bien enracinés dans un contexte opérationnel où ils maîtrisaient en gros tous les processus. En fait, un véritable esprit de famille caractérisait cet établissement, au point qu'il avait un effet identitaire. Chacune des quatre unités était opérée par un noyau dur d'employés stables composé d'infirmières et d'aides-soignantes qui incarnaient la philosophie de soins de l'organisation. Cette philosophie s'inscrivait clairement, mais en partie sans le savoir, dans les principes des approches dites *milieu de vie* (ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), 2003) ou de *gériatrie adaptée* (MSSS, 2011). Ce constat de forte stabilité du

personnel trouvait deux exceptions notables, et en grande partie explicatives de la difficulté collaborative perçue par les gestionnaires.

La première exception découlait de la stratégie de la région administrative (le canton) d'assigner de manière rotative, à l'échelle régionale, et pour une période de deux ans, des médecins provenant d'un peu partout dans la région. Ceux-ci percevaient donc leur affectation comme une obligation de travailler dans une organisation et un domaine médical, dans ce cas-ci les soins prolongés gériatriques, qui n'étaient pas pour chacun leur premier choix. Ainsi, pour les médecins, le sentiment d'appartenance à l'organisation et au domaine médical était variable, souvent modeste, quelques médecins faisant leur temps dans ce qui était parfois perçu comme une petite Sibérie médicale (de leur point de vue), loin des techniques de pointes valorisées dans les départements universitaires. Malgré la présence d'une très forte philosophie de soins portée pour le groupe des infirmières et des aides-soignantes, philosophie ayant un fort poids identitaire pour les soignants et l'organisation, chacun des médecins passagers impulsait son style (plus ou moins expert, plus ou moins gérontophile, plus ou moins collaboratif, etc.) à une organisation pourtant très fière de sa philosophie de soins.

La seconde exception était celle des médecins résidents, des novices dont le passage dans l'établissement était encore plus court que celui de leur patron¹. Ces acteurs passagers se devaient, en raison de leur faible statut symbolique, et pour des raisons d'efficacité pragmatique, d'être à la fois en phase avec les styles variés de leurs patrons médicaux, tout en adhérant clairement et ostensiblement à la philosophie de soins prévalente chez les infirmières et les aides-soignantes. Leur éventuel refus d'adhésion à cette philosophie de soins les aurait mis dans une situation intenable, car leur pratique clinique débutante exige pour son efficacité un appui indéfectible des infirmières et aides-soignantes expérimentées. Leur situation paradoxale produisait en eux une certaine souffrance au travail qui ne semblait problématisée ni par leurs patrons médicaux, ni par leurs gestionnaires : « Leur tout viendra [d'accéder au pouvoir] », affirmaient en cœur patrons et gestionnaires. La captation de leur souffrance par l'observateur a requis une prise de posture équidistante de celle des gestionnaires, des médecins et du groupe stable formé par les infirmières et aides-soignantes. De plus, il fut requis de capter leur pratique hors de moments ritualisés (p. ex. l'anamnèse) de leur relation statutaire avec les médecins et les infirmières. Contre toute attente, l'observateur a pu accéder à ce sens furtif d'une pratique encore peu routinisée lorsqu'il a pu se rapprocher de transactions entre les résidents et des aides-soignantes portant pour la plupart sur l'ajustement de gestes professionnels techniques des premiers à une philosophie de soins maîtrisée par les secondes.

L'établissement comportait donc deux groupes d'acteurs, les stables (infirmières, aides-soignantes et gestionnaires, la plupart du temps des infirmières expérimentées), et les passagers (médecins et résidents). Cette catégorisation a produit

de facto une culture de soins, essentiellement le produit du travail quotidien des stables, ce que les passagers devaient accepter, ou alors tenté de contester, mais au risque d'un affrontement quotidien avec l'institution. Cette division structurale fondamentale à la problématique initiale de la collaboration interprofessionnelle s'est révélée, grâce à l'observation et la multiplication des points de vue pris par l'observateur, comme étant le fondement de la difficulté réelle faussement attribuée à la collaboration interprofessionnelle. La difficulté relative au contrôle politique de la philosophie de soins fut exacerbée par le fait que l'établissement, en raison de sa petite taille, était sous la menace d'une importante réorganisation à l'échelle du canton qui aurait eu pour effet, de facto, de briser la philosophie de soins promue par le groupe des stables. La difficulté dite interprofessionnelle était dans les faits un combat politique entre les stables et des *outsiders*.

Bien entendu, en outre des professionnels et gestionnaires, cet établissement œuvrait auprès d'une clientèle spécifique, dont les caractéristiques déterminent le champ des possibles (et du raisonnable) de l'observation. La clientèle de cet établissement se composait de personnes requérant des soins de longue durée en raison de la chronicité et de la complexité de leur situation de santé, mais dans une perspective de retour à domicile. La quasi-totalité des personnes soignées était des personnes âgées en grande perte d'autonomie fonctionnelle dont le maintien à domicile n'était plus possible, mais il y avait aussi des usagers plus jeunes, notamment quelques personnes souffrant d'un cancer en phase terminale. Si, en principe, une part des personnes hébergées pouvait retourner à domicile après avoir retrouvé une autonomie fonctionnelle suffisante à une vie en contexte domiciliaire, la majorité des personnes hébergées allaient mourir dans cet établissement, d'où la présence de 15 lits de soins palliatifs.

Stratégies d'observation

L'observation a pris trois formes différentes, ce qui a requis autant de stratégies d'ajustement de la distance.

La première forme, la plus évidente, fut l'observation de type *shadow* (Quinlan, 2008), donc une observation directe non participante, suivant au plus près les pratiques des duos médecin-infirmière lors de la tournée matinale auprès de chacun des usagers (n=60). L'observateur était introduit à chaque fois par le médecin, expliquant à l'hébergé qu'il était un étranger venant étudier leur travail². Cette introduction nécessitait parfois un rapprochement relationnel. Ainsi, l'usager qui le souhaitait pouvait entrer en discussion avec cette personne extérieure, porteuse de nouveautés pour elle. L'observateur se devait cependant de ne pas interférer avec les visites, la relation devait donc se limiter au strict nécessaire et être d'une cordialité minimale. L'observateur portait une blouse blanche, ce qui dans nombre de cas lui donnait un statut de professionnel pour les personnes hébergées, surtout celles dont la capacité

cognitive était atteinte ou dont le français était la langue seconde. La visite médicale matinale ne comporte pas forcément de soins directs, car elle est surtout centrée sur l'accueil de la formulation spontanée des besoins de la personne et l'évaluation de la condition de santé à la suite de la nuit. Pour ceux dont la nuit fut bonne, et qu'aucun indice de détérioration n'est apparent, la discussion se fait surtout autour de questions portant sur le moral du patient, sur de l'information quant aux traitements du jour, etc. Dans ce contexte, la distance à l'observé est à peu de chose près celle des médecins. Cette visite permet également de faire des observations cliniques de base, comme la palpation des jambes pour détecter un œdème, indice éventuel d'un dysfonctionnement systémique (fonctionnement des reins). Parfois, la visite matinale requiert une auscultation plus intime. Et la formulation des besoins par l'usager peut exprimer une détresse ou une souffrance qui appellent un ajustement immédiat de la distance par une prise de retrait. Dans cette configuration, le point de vue pris par l'observateur est celui du médecin, car il légitime sa présence dans cet espace clinique intime, tout comme il donne des indications quant à la bonne distance à prendre; le recul peut être nécessaire, jusqu'à la sortie de la chambre si l'observation interfère au bon soin.

La seconde forme d'observation est celle de l'observation transitionnelle, ou indirecte, celle qui se fait par l'observateur hors des moments formels et convenus d'observation au chevet de l'hébergé. Dans ces moments de transition (p. ex. entre deux chambres, à la fin du quart de travail), les médecins ont tenu à présenter à l'observateur, en tant que porteur d'un attribut de scientificité (et d'une américanité postulée moderniste), les fondements de leur intervention. Mais plus largement que ces microtransitions, les repas, les pauses, les divers déplacements, les temps d'attente, les discussions cordiales entre deux observations permettent d'observer le tout-venant, le hors clinique, et d'accéder, ce faisant, à une part de l'indicible, voire au tacite, et ce, de manière décentrée du point de mire médical précédent. Cette observation se fait à partir d'une lunette très large, mais surtout mobile. Ici, la distance relationnelle est toujours proximale, mais décentrée de la focale clinique initialement convenue. D'ailleurs, le ton des discussions, tout comme la nature des transactions, diffère grandement des moments d'observations convenus. Mais ces observations transitionnelles n'en sont pas moins des observations riches, productrices d'intelligence, quoique plus difficiles à rendre compte dans une perspective classique d'administration de la preuve.

La troisième forme est de type observation participante et a eu lieu au cours d'activités de réflexivité dans lesquelles l'observateur est considéré par les observés comme partie prenante d'une coconstruction, ici de la formation justifiant officiellement la présence de l'observateur. Ce changement de statut, de l'observateur silencieux à l'acteur de plein droit, qui parle, échange, coélabore, n'empêche pas une forme indirecte et quasi involontaire d'observation. Le statut distant de l'observateur silencieux et discret se transforme alors en participant. Ses interlocuteurs premiers sont ici l'équipe de gestionnaires, ceux-là mêmes qui cherchent des solutions à un problème

qu'ils jugent préoccupants. Ici, la distance est proximale et pas que relationnelle : elle est opérative, en fait coopérative, faisant de l'observateur, autant que faire se peut, un membre de la tribu.

Conditions spatiales, temporelles et symboliques de l'ajustement de la distance

Les points de vue pris, les espaces d'observation occupés et les mandats spécifiques de chacune de ces modalités d'observation ont engagé des postures observatrices variées exigeant une capacité d'ajustement en temps réel de la distance avec les observés.

L'ajustement de la distance fut conduit pour la première forme d'observation en tenant compte de deux déterminants, soit clinique et relationnel. L'observation s'est effectivement déroulée dans un espace clinique (la chambre des hébergés) dans lequel la présence du médecin conditionne tous les possibles. Cette forme d'observation demande donc une affiliation symbolique forte et ostensible avec le médecin, à la fois pour accéder aux subtilités de sa pratique, mais aussi pour permettre l'ajustement de l'observation aux conditions cliniques de chacune des situations rencontrées. Ainsi, la proximité était très grande avec le médecin, au point où l'observation a de facto porté avant tout sur son univers de sens, en partie au détriment de celui des autres acteurs présents au chevet du patient. La relation fondamentale entre ce dernier et le médecin était l'observable le plus saillant de ce moment clinique.

La proximité symbolique et physique avec le médecin était aussi essentielle en raison d'événements cliniques, comme la nécessité d'un traitement plus intrusif ou d'une auscultation objectivante du corps de l'usager. Si la visite médicale matinale ne présente pas en principe les mêmes risques d'exposition à des situations porteuses d'inconfort pour le patient, comme le seraient la toilette matinale ou des traitements intrusifs, elle n'est cependant pas sans risque pour autant, car, par nature, le moment clinique est un moment imprévisible pendant lequel un geste clinique porté sur le corps intime peut être posé de façon non planifiée, voire urgente. Il se peut ainsi que cette visite matinale génère des questions délicates et porteuses d'émotion (par exemple sur l'espérance de vie).

De plus, une part importante des personnes hébergées souffrait d'un trouble neurocognitif sévère pouvant affecter leur jugement, ce qui rendait difficile l'appréciation de la qualité du consentement à l'observation. Celui-ci s'effectue alors de manière indirecte par la présence du médecin qui explique et rassure quant à la présence de cet observateur, dont le statut peut aisément se mélanger avec celui d'un quelconque visiteur.

La légitimité de la présence de l'observateur découlait donc de sa proximité physique et symbolique au médecin, et de sa capacité à trouver la bonne distance dans les situations potentiellement productrices d'inconfort. Ainsi, l'observateur pouvait

rester dans un angle mort de la chambre, se positionner dans les toilettes, voire rester hors de la chambre lorsque sa présence posait des enjeux éthiques ou cliniques. Mais cette même posture distante ne règle pas toutes les questions, car elle pouvait provoquer d'autres malaises, découlant par exemple d'une perception de refus d'entrer en relation avec la personne hébergée observée. De même, des patients estimaient qu'il était dans leur droit d'exprimer directement leur point de vue sur leur expérience des soins à un observateur qui pourrait porter une part de leur parole par le truchement de la recherche.

Contre toute attente intuitive, cette expérience de l'observation en contexte de soins prolongés montre que le fait de voir ou de ne pas voir est moins central à l'observation qu'il n'y paraît. L'observation n'est pas une forme souple ou sous-technologique de captation vidéo, réputée plus objectivable. Elle exige, avant même de voir, d'être avec, d'accéder à l'expérience située en ce qu'elle a de plus sémantique, d'intersubjectif, de labile. Ainsi, il n'est absolument pas nécessaire de voir une plaie pour observer l'essentiel du travail du médecin qui se préoccupe de l'escarre dans le maintien de la qualité de vie de la personne hébergée. Il importe surtout de voir comment l'escarre engage une stratégie d'intervention de sa part, et comment le patient, ses proches ou les autres intervenants présents participent de cette activité située.

L'observation, en donnant accès à l'expérience située³, a montré par exemple deux actes médicaux fondamentaux de la visite médicale matinale, puisqu'ils ont été effectués dans les 60 situations observées. Le premier consiste à établir la commune humanité (Boltanski & Thévenot, 1991) en questionnant toute personne hébergée, même celui qui se meurt, sur comment il va aujourd'hui. L'envers logique de cet invariant clinique est la réponse commune à tous : « Ça va pas si mal... » Une fois cette commune humanité établie, les besoins et les problèmes sont exprimés. Le second consiste à palper les jambes pour vérifier la présence d'un œdème, indice que la nuit a pu être difficile sur le plan physiologique. L'observateur auteur de ces lignes n'étant pas médecin, il en a inféré que la mort arrivait par les pieds... Blague mise à part, l'observateur peut ce faisant accéder à une part du raisonnement clinique structurant la visée médicale en ce qu'elle a de matinal, à savoir qu'elle permet de faire le passage entre les événements de la nuit et ceux du jour qui advient. Dans ces cas, le fait de voir ou de ne pas voir avait peu d'importance, car une observation indirecte dans près du tiers des cas a permis de constater la récurrence de ces deux gestes professionnels pour toutes les situations observées.

Dans la forme transitionnelle d'observation, l'observateur doit pouvoir favoriser l'émergence d'espace d'intimité avec des observés premiers, mais aussi secondaires de l'observation directe des visites médicales matinales. Ces espaces furtifs de très grande proximité, véritables bulles d'intimité dans le flux incessant d'activités cliniques,

permettent à l'observateur d'accéder réflexivement au sens profond des gestes posés, en entendant la justification desdits gestes par leurs auteurs, parfois en s'interrogeant sur leur sens, ou simplement en observant les conséquences opérationnelles des gestes posés. Par sens profond, nous entendons le raisonnement clinique des professionnels (Psiuk, 2012), par exemple le fait que pour le patient X, le médecin estime que seuls les soins palliatifs sont utiles, ce qui explique son refus direct ou indirect d'une proposition de traitement de la part de l'infirmière ou du résident.

Ce sens présente aussi une dimension politique, en fait collective et institutionnelle, dans la lutte qui se joue entre les stables et les passagers pour le contrôle de la philosophie de soins de l'établissement et, ce faisant, pour son identité dans le système de santé du canton. Ici, la distance de l'observateur à l'observé est plus que proximale, au sens de la distance topologique; elle est aussi proche sur le plan sémantique. Elle requiert une forme d'intimité épistémique fondamentale, découlant d'une forme oblatrice (Bourdieu, 1993) du rapport entre l'observateur et l'observé. Ce rapport oblatrice postule que le sens du geste professionnel qui compte est celui de son auteur, au moins pour le moment de l'observation. L'observateur devenant ultérieurement analyste du travail retrouvera son autonomie relative au moment de l'analyse, par une rupture épistémologique avec ce sens commun premier (Bourdieu, 1993). Mais ce dernier aura été entendu avec le plus de disponibilité possible, au moment de l'observation, à la faveur de cette grande proximité. L'ajustement de la distance s'effectue donc dans le temps court de la méthodologie de l'observation, en s'adaptant aux particularités de la situation clinique, mais aussi dans le temps plus long du déroulement des diverses étapes de la recherche, notamment quant aux usages politiques divers qui pourraient être faits de ses produits de connaissances.

L'observation pose donc parfois l'observateur comme un acteur d'une œuvre commune avec les observés. La distance s'ajuste alors au mouvement d'abstraction de l'analyste à l'égard des pratiques (Pastré, 2011), puis par le statut d'externalité réflexive de l'observateur, qui ne doit jamais se leurrer lui-même quant à sa capacité de devenir réellement membre de la tribu (Devereux, 2012). Sa posture ontologiquement externe crée ici une distance requise à toute forme de réflexivité (Couturier, 2013). Néanmoins, cette distance accrue et cet apparent délaissement de la posture d'observateur proximale n'annihilent ni le fait observationnel, ni la puissance observationnelle. Elle offre plutôt une autre focale, un autre plan logique de la proximité, non topologique, soit la proximité de la commune activité, révélant par exemple comment la dimension institutionnelle est réinstruite par et dans le travail incessant de rappels effectués par les gestionnaires quant à la philosophie de soins qui encadre le travail des professionnels (p. ex. la reconnaissance de l'autonomie décisionnelle des patients). Cette philosophie de soins n'est pas que force de domination. La nouvelle proximité à l'institution provoquée par la mise à distance de la posture observatrice par la constitution d'un espace réflexif de coconstruction (ici de

la formation) permet de rappeler à tous, et d'abord à l'analyste, que la domination observée « n'est que la poussière qu'un combat plus fondamental soulève » (Foucault, 2001, p. 36). Ici, la proximité de l'observateur et de l'analyste permet de reconstruire ce fondamental et de le poser comme objet d'une discussion épistémologique (Darré, 1985) fort utile à la production de connaissances.

Conclusion

L'élucidation de ce jeu complexe d'ajustement de la distance de l'observateur à l'observé en fonction des caractéristiques de la situation qui se donne à voir et des postures épistémiques prises aux différents moments de l'activité de recherche montre clairement que l'observation ne peut être réduite à une sorte de captation vidéoscopique relativement facile, car sans équipement, surtout pour accéder à des lieux où la caméra dérangerait. Plus fondamentalement encore, si le fait de voir est crucial à l'observation, il est loin de produire sa seule valeur. Par l'ajustement de la distance (retrait, changement d'angle, participation inopinée à la situation d'observation, etc.), l'observateur peut aussi entendre, sentir, éprouver, capter le reflet de la situation d'observation dans le regard de tiers, repérer les traces du geste professionnel, etc. La compétence de l'observateur à l'ajustement de la distance permet également d'intégrer les divers moments logiques du continuum pratique de l'activité scientifique, de facto marqué par un mouvement dialectique d'oblation/abstraction. Ce mouvement importe particulièrement en recherche qualitative, car il en est à la fois l'alpha (la compréhension d'une part de la réalité) et l'oméga (la théorisation sur une part de la réalité). L'observation trouve sa pleine puissance précisément lorsque l'expérience de l'observateur est mise en discussion directement avec toutes les catégories d'observés, de façon à créer un espace de réflexivité utile à l'émergence d'une intelligibilité de la pratique de l'objet d'étude. L'observation relève alors moins du fait de voir que d'expérimenter. Cette expérimentation, toujours partielle, crée la condition d'une réflexivité essentielle rendant le chercheur plus pertinent, à la faveur de sa capacité de se rapprocher et de s'éloigner, selon les attributs de la situation observée et selon les temps de la recherche qu'il réalise.

Notes

¹ C'est le nom donné par les résidents à leur superviseur.

² Cette introduction par le médecin faisait office de consentement à participer.

³ Peut-être même à une forme primitive d'*experiencing*, au sens de Dewey (2004).

Références

- Arborio, A. (2007). L'observation directe en sociologie : Quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 90(3), 26-34.
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (1991). *De la justification : Les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard.
- Bourdieu, P. (Éd.). (1993). *La misère du monde*. Paris : Seuil.
- Couturier, Y. (2013). Critique de la réflexivité (mais est-ce donc possible?). *Phronesis*, 2(1), 8-14.
- Darré, J. (1985). *La parole et la technique. L'univers de pensée des éleveurs du Ternois*. Paris : L'harmattan.
- Devereux, G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion.
- Dewey, J. (2004). *Comment nous pensons*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond.
- Foucault, M. (2001). *L'herméneutique du sujet. Cours au Collège de France, 1981-1982*. Paris : Seuil.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2003). *Un milieu de vie intégré pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Pastré, P. (2011). *La didactique professionnelle : Une approche anthropologique du développement de l'adulte*. Paris : Presses universitaires de France.
- Psiuk, T. (2012). *L'apprentissage du raisonnement clinique. Concepts fondamentaux, contexte et processus d'apprentissage*. Bruxelles : De Boeck.
- Quinlan, E. (2008). Conspicuous invisibility : Shadowing as a data collection strategy. *Qualitative Inquiry*, 14(8), 1480-1499.

Yves Couturier (Ph. D) est professeur titulaire à l'Université de Sherbrooke, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie et directeur scientifique du Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne. Son champ de recherche premier est celui de l'analyse des pratiques professionnelles dans les métiers de service, notamment sous l'angle des rapports

interprofessionnels, des pratiques de coordination et de l'organisation des services de santé et sociaux. Il est notamment chercheur au Centre de recherche sur le vieillissement, une entité du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, et du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, rattaché au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Filmer les soins. Données vidéo et recherche qualitative

David Pichonnaz, Ph. D.

Haute école de santé Vaud, Lausanne, Suisse

Camille Bécherraz, MA

Haute école de santé Vaud, Lausanne, Suisse

Isabelle Knutti, MSc

Haute école de santé Vaud, Lausanne, Suisse

Liliana Staffoni, MSc

Haute école de santé Vaud, Lausanne, Suisse

Veronika Schoeb, Ph. D.

Haute école de santé Vaud, Lausanne, Suisse

Résumé

Cet article s'intéresse aux enregistrements vidéo comme données de sciences sociales, en particulier dans l'étude des institutions de santé. Sont abordés leurs apports et les enjeux entourant leur production et leur analyse. La vidéo permet la captation de situations naturelles et d'un nombre élevé d'informations. Si cet outil a été principalement utilisé par des études consacrées aux actions situées, il peut être pertinent pour différents types d'études. L'article présente les choix pratiques et les contraintes techniques qu'il implique. Le texte s'intéresse également aux négociations nécessaires afin de faire accepter la présence de caméras au sein

Note des auteurs : Les deux projets servant de base à la réflexion présentée dans cet article ont été financés par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (subsides 13DPD6_134835 et 100017_159327/1).

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 36(2), pp. 63-84.

LES ENJEUX ACTUELS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE À L'HÔPITAL ET DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

© 2017 Association pour la recherche qualitative

des institutions de santé et le degré variable de résistance qui peut y être opposée. Finalement sont abordées les questions éthiques associées à la captation vidéo de données médicales. Au final, l'article souhaite montrer la pertinence de la prise en compte de cet outil de récolte de données parmi ceux étant disponibles aux sciences sociales.

Mots clés

DONNÉES VIDÉO, INSTITUTIONS DE SANTÉ, TRAVAIL, MÉTHODOLOGIE

Introduction

L'étude des pratiques de travail au sein des institutions (de santé et d'autres domaines) est l'objet d'une longue tradition sociologique : les études pionnières initiées par Hughes (1958) puis Becker et Strauss¹ à Chicago ont aujourd'hui encore (ou à nouveau) une influence importante sur l'étude des pratiques professionnelles. Nous constatons cependant que les études contemporaines d'inspiration interactionniste ne font pas usage de la vidéo, même lorsqu'elles s'inscrivent dans une approche ethnographique et en dépit de l'importance qui a pu être accordée (au moins par une partie de ces travaux) à l'étude détaillée des pratiques de travail (Avril, Cartier, & Serre, 2010; Dubar, Tripier, & Boussard, 2011). C'est davantage du côté de l'ethnométhodologie et de l'analyse de conversation, et plus récemment des *workplace studies*, que le travail, en particulier soignant, a été scruté au moyen d'enregistrements vidéo. Nous souhaitons montrer dans cet article que ce puissant outil de production de données, qui permet de saisir les pratiques et les interactions dans toute leur épaisseur, mériterait qu'on lui accorde davantage d'intérêt dans les études sur les pratiques soignantes et les institutions de santé.

Cet article s'intéresse dès lors à la vidéo en tant qu'outil de production de données dans les recherches sur les institutions de santé et, plus généralement, en sciences sociales. Nous proposons une analyse des apports, des limites et des enjeux scientifiques, pratiques et éthiques entourant la production et l'usage de données filmées. Notre réflexion ne s'inscrit pas à proprement parler dans le cadre d'une sociologie visuelle : elle aborde la vidéo comme un outil de récolte de données ethnographiques, comme l'enregistrement audio est un outil de captation des interactions verbales classiquement utilisé lors d'entretiens individuels ou collectifs. Notre réflexion est nourrie notamment par deux projets de recherche, l'un terminé et l'autre en cours, au sein desquels l'usage de la vidéo est au centre (voir l'Encadré 1). Le premier est consacré aux interactions entre les soignants et soignantes et les bénéficiaires de soins, le second aux processus de collaboration entre les professionnels et professionnelles. Les deux enquêtes prennent pour terrain d'investigation tant des hôpitaux que des centres de réadaptation ou des institutions médico-sociales.

Nous pouvons nous appuyer, dans la réflexion présentée ici, sur une double expérience de conduite de projets de recherches nationaux financés par le Fonds national suisse de la recherche scientifique et ayant recours à des enregistrements vidéo comme données principales.

Le premier projet, intitulé *Discharge planning in rehabilitation centers : What about patient participation?* avait pour objectif de mettre en lumière les stratégies communicationnelles mises en place par les professionnels et professionnelles de santé et par les patients et patientes dans le cadre de réunions interdisciplinaires visant la planification de sortie de ces derniers. Dans le cadre de ce projet, nous avons recruté 37 bénéficiaires de soins au sein de trois institutions différentes et avons filmé 164 réunions ou visites (médicales ou infirmières), correspondant à 25 heures d'enregistrements vidéo. Les analyses montrent que les professionnels et professionnelles s'appuient sur des ressources communicationnelles variées (langage verbal, gestes, regards, documents) et utilisent des stratégies diverses pour faire participer les patients et patientes lors des réunions ou des visites cliniques.

Le second projet, en cours, est intitulé *Interprofessional collaboration : How do health professionals interact with each other in collaborative practice situations*. Il vise à mieux comprendre où, quand et comment les praticiens et praticiennes appartenant à différentes professions de la santé (et dans certains cas du social) collaborent au sein d'institutions de santé de natures diverses. Le cœur du projet consiste à investiguer la manière dont se déroule la collaboration « en train de se faire », avec pour objectif d'observer comment les professionnels et professionnelles gèrent les exigences de la pratique collaborative et d'identifier les ressources, à la fois verbales et non verbales, sur lesquelles ils et elles s'appuient pour collaborer. Cette analyse est basée sur des enregistrements vidéo de situations de pratiques collaboratives variées (réunions, visites cliniques, cothérapies, discussions informelles).

La démarche de recherche adoptée dans le cadre de ces deux projets, fortement ancrée dans la tradition qualitative, est en partie inspirée de l'analyse conversationnelle.

Encadré 1. Deux projets recourant aux enregistrements vidéo comme données principales.

Cet article propose une analyse en deux temps : premièrement sont abordés les usages et les apports de la vidéo dans la recherche de sciences sociales, ainsi que les enjeux scientifiques et pratiques l'entourant. Deuxièmement, nous rendons compte de la manière dont on peut « faire entrer » des caméras au sein des institutions de soins et des raisons pouvant expliquer les plus ou moins grandes difficultés rencontrées lors de

la négociation de l'accès au terrain. Cette partie s'intéresse également aux questions éthiques associées à la captation vidéo de données médicales.

Les avantages méthodologiques et les apports scientifiques de la vidéo

Comparée aux autres outils de production de données en sciences sociales, la vidéo a pour spécificités principales de permettre l'enregistrement de situations *naturelles* (contrairement à l'entretien) et de capter un *degré élevé d'informations* associant sons, images et mouvements (contrairement au carnet d'observation) : « Tous les éléments constituant la signification d'une image sont présents simultanément »² [traduction libre] (Raab & Tänzler, 2012, p. 86). Les enregistrements vidéo offrent ainsi la possibilité de conserver durablement les interactions de tous types, et ce, dans toute leur consistance et leur complexité. La durée des séquences filmées, bien que fortement variable, peut certes apparaître courte comparée à la présence longue de l'ethnographe sur son terrain. L'usage de la vidéo n'exclut cependant pas l'observation directe des pratiques par immersion, et, plus encore, elle doit être conçue comme un outil de récolte de données dont la densité compense en quelque sorte la durée (Knoblauch, 2012). Comme le relèvent en effet Knoblauch, Soeffner, Raab et Schnettler (2012), « les données vidéo font sans nul doute partie des données les plus complexes dans la recherche empirique en sciences sociales »³ [traduction libre] (p. 14). Comme l'enregistrement d'un entretien, mais avec la naturalité et la densité qui lui sont propres, la vidéo a en outre pour caractéristique extrêmement avantageuse sa *transférabilité*, contrairement aux notes de terrain. Elle « permet en effet de détacher le moment de l'observation du déroulement de la situation observée, et cette distance rend possible une exploration répétée du document, ainsi que la découverte de nouvelles caractéristiques autrement inaperçues » (Lambelet, 2010, p. 4). Pouvant être partagée avec d'autres chercheurs et chercheuses, mais également avec les milieux filmés, elle permet non seulement une analyse approfondie des pratiques, mais favorise également l'analyse collective des données, les possibilités d'archivage et de création de bases de données, ainsi que – après sélection d'extraits – leur diffusion aux actrices et acteurs étudiés ou dans le cadre de présentations orales (la publication en format papier des données vidéo pouvant en revanche poser des problèmes spécifiques). Davantage que les notes ethnographiques, l'outil offre une forme de transparence, en ce qu'il permet de diffuser des extraits plus bruts des actions observées.

Capter le langage verbal et les mouvements du corps

Les données récoltées par vidéo sont denses, car elles enregistrent dans les détails trois dimensions constitutives des comportements humains : le langage verbal, les pratiques non discursives et la communication non verbale, ainsi que les rapports entre humains et objets. Comme on peut le faire avec un enregistrement audio d'entretiens – mais non en se basant sur un carnet de notes ethnographiques –, le *langage verbal* peut être, grâce à la vidéo, saisi dans toute sa complexité et ses nuances. L'analyse peut ainsi être

attentive au choix des mots et à la tournure des phrases construites par les protagonistes étudiés, aux intonations, aux silences, à la manière dont les personnes filmées commencent ou terminent une conversation, aux tours de paroles, à la dynamique de groupe, pour ne donner que quelques exemples. En ce qui concerne les *pratiques et la communication non verbales*, la vidéo offre l'avantage immense de pouvoir capter les positionnements et les mouvements des corps, les gestes, les expressions du visage, ou encore l'orientation des regards. La plupart de ces éléments constituent des ressorts essentiels des interactions humaines, mais restent pourtant largement sous-évalués par les sciences sociales. Comme le relève Parry (2010), les soins en particulier sont souvent délivrés dans le cadre d'interactions en face à face et consistent en discours et pratiques impliquant le corps, ce dernier constituant dès lors un enjeu central dans l'analyse de ce type d'activité. Des travaux montrent par exemple que le regard et la posture corporelle des professionnels et professionnelles ont un impact sur la fluidité du discours des bénéficiaires de soins (Ruusuvuori, 2001; Tiitinen & Ruusuvuori, 2012) et sur la collaboration entre ces deux catégories d'individus (Robinson, 1998). D'autres ont pu étudier les instructions tacites données par les chirurgiens à celles et ceux qui les assistent, basées sur des gestes situés (Mondada, 2014) ou la manière dont, en anesthésie, la coordination des activités entre les professionnels et professionnelles consiste notamment à anticiper les gestes des uns et des autres (voir le concept d'*intercorporeal knowing*, Hindmarsh & Pilnick, 2007). L'enregistrement vidéo permet finalement d'observer les relations entre *êtres humains et objets matériels*, en particulier l'usage d'outils, des plus simples (documents textuels par exemple) aux plus complexes, aux technologies les plus pointues. La vidéo permet ainsi de tenir compte davantage de l'environnement matériel des interactions humaines (donc également de l'agencement spatial) et de la manière dont il est utilisé et forme contexte pour l'action. Keel et Schoeb ont par exemple pu montrer l'importance jouée par les documents écrits dans les interactions entre professionnels et professionnelles lorsqu'il s'agit d'accomplir une transition entre différentes phases lors de réunions d'équipe (Keel & Schoeb, 2016).

Des affinités avec certaines approches de sciences sociales?

Au sein des sciences sociales, les usages les plus courants de la vidéo se rencontrent sans nul doute du côté de l'ethnométhodologie et, plus encore, de l'analyse de conversation (Parry, 2010). Cet outil attire également, de manière plus générale, les chercheuses et chercheurs intéressés par les logiques interactionnelles et par les interactions entre humains et non-humains, et est le plus souvent associé aux approches les plus inductives (Schubert, 2012). Nous pensons cependant que la vidéo, en particulier si elle est combinée à d'autres outils, peut être d'un usage pertinent dans le cadre de la plupart des études de sciences sociales, en particulier celles étant les plus inspirées de l'ethnographie. En dépit des contraintes techniques qui pèsent sur son usage, et pour peu que le détail des interactions constitue au moins en partie l'objet de

la recherche, il nous semble en effet que cet outil a toute sa place dans l'arsenal méthodologique des sciences sociales.

Les recherches inspirées de l'ethnométhodologie et de l'analyse de conversation, et toutes celles concentrées sur les pratiques sociales, possèdent des accointances particulières avec la vidéo dans la mesure où elles « mettent la priorité sur l'accomplissement situé et interactionnel des actions pratiques »⁴ [traduction libre] (Heath, Hindmarsh, & Luff, 2010, p. 1). Ces approches sont en particulier intéressées par la structure temporelle et séquentielle des interactions que la vidéo permet de capter minutieusement (Luckmann, 2012). Dans cette optique, elle permet notamment d'étudier la manière dont les technologies et les outils sont utilisés séquentiellement dans les activités de travail, la façon dont les acteurs et actrices constituent le sens de leur activité en situation, ou encore comment s'organise le travail en équipe (Heath et al., 2010). L'outil est indispensable à celles et ceux qui souhaitent observer comment les individus coordonnent leurs actions en regardant ce que font les autres et en rendant visibles ou disponibles certaines de leurs actions, ou la manière dont les interactions sont dépendantes de pratiques non discursives, comme la nécessité de remplir des formulaires, par exemple. Dans cette perspective, les *workplace studies*, ou plus généralement les approches s'intéressant aux activités sur la place de travail et à leur organisation située ont fait un usage extensif de la vidéo, souvent pour concentrer leur regard sur l'usage des technologies, en particulier informatiques (Luff, Hindmarsh, & Heath, 2000).

De manière plus générale, la vidéo a été utilisée dans le cadre d'études de sciences sociales plaçant au centre de leurs analyses la perspective des personnes étudiées et portant leur intérêt sur les ressources sur lesquelles elles peuvent s'appuyer pour accomplir leurs activités et actions quotidiennes. En se basant sur la sociologie de Berger et Luckmann, des chercheurs et chercheuses ont pu ainsi parler d'« herméneutique vidéo », en étant attentifs à la manifestation, ainsi filmée, des perceptions et interprétations que les acteurs et actrices effectuent à propos de la réalité qui les entoure (Raab & Tänzler, 2012). Plus généralement, ce type de données est utile à toutes celles et tous ceux qui analysent les « structures, schémas d'interaction, tels que la coordination des activités de travail, le cours des conflits familiaux ou des réunions de travail »⁵ [traduction libre] (Knoblauch, 2012, p. 72; voir aussi Lambelet, 2010). En parallèle, les approches cliniques de l'activité développées en particulier par Yves Clot et son équipe (Clot, Faïta, Fernandez, & Scheller, 2000), plus proche de la psychologie, font également un usage important de la vidéo. Les enregistrements sont dans ce cas montrés aux personnes filmées, dans une démarche d'« autoconfrontation croisée » dans le cadre de laquelle le visionnement de l'activité professionnelle par celles et ceux qui l'accomplissent, en compagnie des équipes de recherche, permet de faire émerger les « impensés » des pratiques, dans un but clinique.

Dans le débat entre sociologie historique et structurale d'un côté, interactionniste et l'on pourrait dire « situationnaliste » de l'autre, la vidéo est donc, jusqu'à aujourd'hui en tous cas, clairement un outil privilégié par les secondes. Combinée avec des observations ou des entretiens, elle peut pourtant être utile à des travaux et des approches qui tiennent compte d'éléments non observables dans les situations filmées, que ce soit le contexte organisationnel, les socialisations individuelles et tous les facteurs associés à la structure sociale et au contexte historique. Les données vidéo, comme le fait remarquer Schubert (2012), peuvent être considérées comme un moyen de concentrer son attention sur un type de situations en particulier, alors que l'ethnographie insiste sur l'ouverture du regard. Le travail ethnographique, qu'il se base sur des observations ou des entretiens approfondis, doit cependant permettre de déterminer et de circonscrire les situations ou les actions qu'il est pertinent d'enregistrer grâce à la vidéo. Ce sont dès lors davantage les questions et les hypothèses de recherche qui doivent selon nous présider au choix d'avoir recours ou non à la vidéo (et à la manière de s'en servir) que l'école de pensée dans laquelle s'inscrit l'étude.

Les choix à opérer : entre théorie et contraintes techniques

L'opérationnalisation d'une démarche de recherche faisant usage de la vidéo pose cependant à chaque fois la question de déterminer, d'une part, *quelles situations* doivent être filmées et, d'autre part, la *manière* dont elles doivent l'être. Si ces choix doivent bien entendu, comme tout choix méthodologique, découler des questions de recherche et des hypothèses, ils n'en demeurent pas moins contraints par des enjeux techniques étant spécifiques à la vidéo, en particulier le positionnement de la caméra, le choix du cadrage et le type de prise de son.

En plus du processus intellectuel de construction de l'objet de recherche, la sélection des situations filmées se doit de bénéficier de données récoltées préalablement, que ce soit des entretiens (collectifs ou individuels) ou des observations directes. La connaissance de l'organisation et du fonctionnement des institutions de santé est en effet un préalable essentiel pour déterminer les situations au sein desquelles se jouent les enjeux constituant l'objet de recherche. En ce qui concerne l'étude des phénomènes de collaboration par exemple, l'on peut décider de filmer des réunions entre professionnels et professionnelles, ce que nous avons largement fait dans le cadre de nos deux projets de recherche (voir l'Encadré 1). Dans ce cas, l'on procède comme on filmerait un entretien collectif dans le but de pouvoir ensuite transcrire précisément la manière dont les acteurs et actrices parlent des patientes et des patients, comment est négocié le choix des cas dont on parle, quelles informations sont échangées, comment se forme et évolue la dynamique de groupe et la manière dont sont prises les décisions. Les séquences filmées permettent également de porter attention au langage non verbal, en particulier à l'orientation des regards. Les

entretiens et périodes d'observations préliminaires ont permis non seulement d'identifier les réunions les plus pertinentes à filmer, mais également d'autres moments de collaboration moins formalisés, mais mettant tout autant en relief – sinon plus – les enjeux et problèmes posés par la collaboration interprofessionnelle : discussions informelles dans les couloirs ou d'autres lieux spécifiques, thérapies prodiguées simultanément par plusieurs professionnels et professionnelles sur un patient ou une patiente, formation d'infirmiers et d'infirmières à certains gestes par des thérapeutes. Identifier ces situations afin de les filmer n'est possible qu'à condition d'avoir une connaissance fine de l'institution étudiée. L'on peut imaginer un autre type de dispositif méthodologique, dans le cadre duquel le recours à l'enregistrement vidéo est moins central, mais où il permettrait de capter des situations considérées comme paradigmatiques, ou illustratives de certains phénomènes analysés par ailleurs grâce à une observation de type ethnographique (préalable ou parallèle). Dans ce cas, la caméra permet d'enregistrer les pratiques et interactions dans toute leur épaisseur, pour appuyer et compléter l'analyse basée sur l'observation, et ce, au moyen de transcriptions plus détaillées que les notes de terrain.

Une fois les situations identifiées, il s'agit de déterminer la manière dont elles vont être filmées, ce qui soulève une série de questions pratiques et techniques associées à des enjeux scientifiques complexes, dont la plupart sont communs à toute étude ethnographique. Celle d'abord de la position de la caméra, l'idée étant le plus souvent de tenter de rendre sa présence la plus discrète et la moins gênante possible, par exemple en privilégiant la proximité d'un mur ou le coin d'une pièce. Une caméra fixe, immobile et positionnée sur un trépied, imite d'une certaine manière un regard observateur : discrète, elle permet de limiter les risques de manquer une partie de l'action. Cette position est en particulier bien adaptée lorsque le nombre de personnes filmées n'est pas trop important, que les discussions que ces personnes peuvent mener en parallèle sont également limitées et que l'activité filmée ne déborde pas dans d'autres lieux. Elle est bien ajustée par exemple à l'enregistrement vidéo d'une réunion, d'une consultation ou d'une situation d'enseignement. L'on peut cependant opter, au contraire, pour une caméra mobile. Prise en mains par le chercheur ou la chercheuse, la caméra peut ainsi suivre ce que les acteurs et actrices sont en train de faire, en étant au plus proche de l'action. Si cette manière de procéder rend plus difficile l'analyse de la structure de l'action (les perspectives proches de l'analyse de conversation privilégient dès lors le plus souvent la caméra fixe), une caméra mobile suit l'œil du chercheur ou de la chercheuse (y compris grâce au zoom), mettant en lumière certains éléments en cachant d'autres. Cette manière de procéder permet de suivre les protagonistes, par exemple s'ils se retirent pour téléphoner ou lorsqu'ils se déplacent dans le cadre de thérapies physiques. Elle permet également de capter des gestes précis ou la manipulation d'objets de petite taille. Lorsque ce sont les gestes précis des individus qui constituent l'objet d'analyse, la caméra mobile peut en effet

être la solution la plus adaptée, comme le relève Schubert (2012), relatant une recherche à propos du travail en salle d'opération. Alors qu'il avait initialement prévu de recourir à des caméras fixes, la caméra mobile s'est avérée dans les faits nécessaire, le corps des professionnels et professionnelles cachant le plus souvent leurs gestes aux caméras fixes, positionnées proches des murs pour ne pas gêner l'action. Cet usage mobile de la caméra est particulièrement adapté lorsque l'analyse porte sur des gestes courts, délimités dans le temps et non accompagnés de dialogues, par exemple lorsqu'il s'agit d'étudier la collaboration muette entre deux professionnels ou professionnelles lors d'une intubation (Schubert, 2012). Le choix entre caméra fixe ou mobile n'est pas exclusif : rien n'empêche en effet de faire usage de plusieurs caméras, dont l'une peut être mobile. Deux caméras fixes peuvent également être utiles lorsque plusieurs activités sont accomplies simultanément sur le même lieu, si les personnes filmées tiennent plusieurs discussions en parallèle, ou encore pour filmer les documents ou les écrans dont elles se servent. Dans leur étude sur la collaboration dans le cadre de la chirurgie endoscopique, Koschmann, LeBaron, Goodwin, Zemel et Dunnington (2007) ont ainsi utilisé les images intracorporelles filmées par l'équipe chirurgicale, ainsi que deux caméras : l'une fixe, enregistrant l'ensemble de ce qui se passe dans la pièce, l'autre, de taille réduite et placée sur la tête du chirurgien, permettant de filmer précisément ses gestes.

Que la ou les caméras soient fixes ou mobiles, il s'agit en effet de choisir également ce qui est introduit dans le cadre et ce qui reste en dehors de celui-ci. D'un point de vue technique, cela consiste à sélectionner l'angle (ou les angles) de la caméra, y compris la taille du zoom. Un angle grand fait prendre le risque de perdre des détails, par exemple des gestes, des regards, des expressions faciales ou la manipulation d'objets de petite taille. Un angle trop serré empêche quant à lui de saisir des actions coordonnées, en ôtant la possibilité d'avoir une vue d'ensemble sur ce qui se déroule dans une situation donnée. Ce sont ici les questions et hypothèses de recherche qui doivent guider le choix de l'angle de prise de vue, comme lorsque l'on constitue un échantillon d'interviewés et interviewées ou que l'on choisit d'orienter son regard d'ethnographe sur certaines situations et pas d'autres. En matière d'enregistrements vidéo, les possibilités techniques disponibles aujourd'hui permettent cependant (en partie) de renoncer à devoir opérer certains choix : lorsque les images sont de bonne qualité, l'on pourra faire usage d'un zoom numérique lors du visionnement ultérieur, afin d'observer certains détails. Il est également devenu facile techniquement, si l'on a utilisé deux caméras, de juxtaposer ensuite les images afin d'analyser une même situation en l'observant sur plusieurs angles simultanément.

Finalement, la question de l'enregistrement sonore oblige également à faire des choix techniques. Les microphones intégrés aux caméras ne suffisent généralement pas à enregistrer des conversations entre individus s'ils ne sont pas à proximité immédiate de ceux-ci. Les choses se compliquent encore lorsque plusieurs discussions sont

menées en parallèle. Un microphone de qualité, installé sur la caméra, peut être un palliatif. Il peut également être déposé à proximité des personnes filmées, avec cependant le défaut de rendre le dispositif d'enregistrement plus visible à leurs yeux. Avec le même risque, l'on peut également, en particulier pour les interactions n'impliquant que deux individus, utiliser un micro-cravate fixé sur l'une des deux personnes. Cette solution est également potentiellement pertinente lorsque les personnes filmées se déplacent souvent.

Comment faire accepter la caméra? Stratégies de recherche et caractéristiques des terrains

Notons d'emblée que l'usage de la vidéo est largement diffusé dans le monde de la santé. L'usage de la caméra n'apparaît donc pas étranger de prime abord aux individus étudiés, contrairement aux outils classiques de sciences sociales que sont l'entretien de recherche ou les méthodes ethnographiques⁶. Dans la plupart des institutions, des enregistrements sont régulièrement effectués : sont par exemple filmés des patients et patientes dans le but d'analyser leurs troubles lors de déplacements à la marche, ou des professionnels et professionnelles (en interaction ou non avec les bénéficiaires de soins) afin d'analyser ou d'améliorer les pratiques (par exemple dans le cadre de supervisions avec un ou une psychiatre). Ces séquences, tournées par les sujets dans le cadre de leurs pratiques quotidiennes, ont donc des visées pédagogiques ou réflexives, mais elles peuvent également être utilisées à des fins de recherche. Elles sont courantes en particulier dans le domaine de la réhabilitation, où l'évaluation de l'état de santé des patients et patientes repose largement sur une observation de ceux-ci lors d'activités fonctionnelles, en psychiatrie également, où les consultations sont souvent filmées à des fins d'analyse et d'évaluations, ainsi qu'en médecine du sport ou en pédiatrie. Cette diffusion de l'usage des images ne garantit cependant pas, tant s'en faut, une acceptation de la vidéo, dans ces domaines comme dans les autres, lors des négociations d'accès aux terrains d'enquête, mais fait de cet outil un objet relativement familier.

La vidéo exacerbe cependant, comme le relèvent Heath, Hindmarsh et Luff (2010), certaines des difficultés liées à l'accès et aux négociations d'entrée sur le terrain propres à toute enquête qualitative réalisée par immersion (Beaud & Weber, 2010; Darmon, 2005). Dans les différents terrains que ces auteurs ont étudiés en faisant usage de la vidéo, ils déclarent cependant avoir rencontré peu de résistances, tant à l'hôpital que dans d'autres contextes professionnels, à condition d'être sensibles aux demandes des institutions et de tenir compte des préoccupations des participants et participantes (Heath et al., 2010). Nous faisons le même constat : sur plus de quinze institutions ou unités contactées, deux seulement ont refusé que nous conduisions des enregistrements vidéo de situations de travail en leur sein. En revanche, les difficultés de négociation de l'accès au terrain, les types de contreparties exigées, l'ampleur de

l'acceptation de la caméra ou encore le temps de présence sur place accordé ont grandement varié d'une institution à l'autre.

Lorsque l'on s'intéresse à l'acceptation de la caméra au sein d'une institution, et plus généralement à la négociation de l'accès aux terrains, il est indispensable de distinguer les négociations conduites avec la direction et les cadres, que nous traitons d'abord en deux temps (dans les sections Stratégies d'accès au terrain et Terrains ouverts, terrains fermés), de l'obtention du consentement individuel de chaque professionnelle ou professionnel à être filmé, que nous évoquerons ensuite (section Récolter les consentements individuels des professionnels et professionnelles). Les personnes avec lesquelles l'on négocie l'accès sont en effet rarement celles que l'on filme ensuite (Heath et al., 2010). La question délicate du consentement des patients et patientes, qui est entourée d'enjeux éthiques spécifiques, est traitée dans la dernière section (Faire signer le « consentement » aux patients et patientes : la gestion des normes et contraintes éthiques).

Stratégies d'accès au terrain : négocier avec la direction

multiples sont les stratégies qui peuvent être mises en place pour faire accepter l'usage de la vidéo auprès des instances dirigeantes d'une institution de santé, ou plus largement la présence des chercheurs et chercheuses au sein de leurs services. La première consiste à anticiper les intérêts que les institutions peuvent y trouver. Notre focalisation sur la collaboration, tant entre les soignants et soignantes et les bénéficiaires de soins qu'entre professionnels et professionnelles, correspond à des préoccupations majeures dans le monde de la santé contemporain. Cherchant en outre à étudier des lieux où la collaboration est développée ou fait l'objet d'une préoccupation particulière, nous avons maximisé nos chances de susciter un intérêt de la part des diverses personnes contactées. Il s'agit d'un choix scientifique – étudier la collaboration « en train de se faire » et non pas produire une étude supplémentaire mettant en évidence les difficultés de la collaboration – ayant cependant des conséquences méthodologiques en l'occurrence positives. Notre démarche a souvent consisté à présenter d'abord le projet lors de réunions de cadres, ou parfois à la direction uniquement. Une attention particulière a été apportée à présenter les projets comme n'ayant pas de visées évaluatives. En insistant sur les connaissances qu'ils permettent de produire à propos des interactions sociales, nous avons pu nous écarter d'une étude qui viserait par exemple à mesurer le degré de collaboration, sa qualité ou encore le respect des *guidelines* officielles ou des recommandations des associations professionnelles. Par ailleurs, nous avons constaté l'importance de pouvoir compter sur la légitimité de l'organe de financement, le Fonds national suisse de la recherche scientifique, connu des acteurs et actrices puisqu'il finance également des recherches dans le domaine de la médecine. Associée au fait que nous avons conduit deux projets consécutifs et qu'une partie importante de l'équipe est issue du monde des soins⁷, cette

institution de financement permet de construire une professionnalité de chercheurs et chercheuses, en dépit du caractère qualitatif de notre approche, dans un milieu habitué aux approches quantitatives.

Parmi les stratégies adoptées, une autre consiste à prendre au sérieux les préoccupations spécifiques des institutions contactées, notamment les situations leur posant problème en termes de collaboration. Dans une institution de taille importante, réunissant un grand nombre de professions différentes, nous avons par exemple l'intention d'organiser et de filmer un ou deux entretiens collectifs consacrés à la collaboration interprofessionnelle en général (préalablement à l'enregistrement vidéo de situations naturelles) réunissant un porte-parole par métier, choisi parmi les professionnels et professionnelles de terrain, selon la procédure que nous avons mise en œuvre ailleurs. En réponse, la direction nous a proposé de réunir des groupes plus restreints, ne visant pas l'exhaustivité des professions pour chaque entretien, mais autour de domaines spécifiques de prise en charge interdisciplinaire faisant débat au sein de l'institution – à propos desquels la direction éprouve de l'intérêt pour nos analyses. Si l'on part du principe que ce qui préoccupe les personnes étudiées mérite d'être étudié, à condition que la manière de le questionner reste du ressort des chercheuses et chercheurs, cette situation est alors de type gagnant-gagnant. Sinon, elle peut être acceptée en contrepartie de la possibilité de filmer d'autres situations de travail ultérieurement.

Afin de minimiser l'impact de la caméra, d'autres stratégies peuvent également être mises en place, telles que l'installation d'une caméra fixe, actionnée par les personnes étudiées, dans un lieu particulier (salle de réunion, cabinet de consultation) ou le fait de leur confier une caméra afin qu'elles filment elles-mêmes les situations qu'elles jugent intéressantes. Cette seconde stratégie permet de produire des données supplémentaires, puisque les choix opérés par les professionnels et professionnelles peuvent être analysés en tant que tels : « lorsque le document [audiovisuel] est produit par les acteurs eux-mêmes, il peut nous livrer les représentations, les cadrages et les focales privilégiés des participants » (Lambelet, 2010, p. 4).

Finalement, il faut noter que notre démarche de recherche inclut une phase de restitution, lors de laquelle les résultats de recherche sont présentés et discutés avec les individus ayant participé à l'étude. Or les projections de séquences vidéo, davantage que les présentations orales classiques, permettent plus facilement d'organiser des ateliers de discussion⁸. Il est à noter que ces ateliers ne visent pas la production de catalogues de bonnes pratiques, mais à stimuler une réflexion collective sur la manière d'améliorer, par exemple, la participation des patients et patientes aux décisions les concernant. Lors de la phase de restitution de notre projet consacré à ce thème, les ateliers ont été jugés positivement par les participants et participantes. Certains ont explicitement mentionné leur intérêt pour les séquences vidéo. La possibilité de

visionner plusieurs fois les enregistrements sélectionnés par les chercheurs et chercheuses afin de décrypter en détail les processus de communication a en particulier été appréciée (Schoeb, Hartmeier, & Keel, 2015). Le fait de pouvoir proposer ces ateliers dès le début des négociations contribue à faire accepter la vidéo, puisqu'elle facilite la promesse d'un retour auprès des personnes impliquées. Dans ce cadre, le fait de travailler sur plusieurs terrains est un atout important : les comparaisons entre institutions que nous pouvons promettre, notamment à propos de dispositifs organisationnels, rencontrent souvent l'intérêt des instances dirigeantes.

Terrains ouverts, terrains fermés : rapport à la recherche et position sociale des institutions de santé

Si l'on s'intéresse aux facteurs pouvant favoriser l'acceptation de la caméra par les responsables des institutions étudiées, et plus largement rendant plus probable la participation du personnel des organisations de santé à une étude qualitative, quatre spécificités propres aux institutions ou unités visées nous paraissent essentielles. Il s'agit de leur degré d'intérêt pour la thématique de la recherche, que nous avons évoqué dans la section précédente, de leur rapport à la recherche scientifique en général, de leur volonté ou non d'être visible dans le champ scientifique international ainsi que de leur degré de reconnaissance et de légitimité dans le monde de la santé en Suisse.

Les négociations ont été les plus difficiles, conduisant parfois à des échecs, avec les unités activement engagées dans la recherche biomédicale, subissant une pression à la publication et occupant une position reconnue dans le monde de la santé en Suisse ou de pouvoir au sein de leur institution. Ce sont en particulier les unités de soins aigus au sein des hôpitaux universitaires, et notre expérience montre que les difficultés sont plus grandes lorsque ces unités sont actives dans un domaine médicalement valorisé (par exemple la neurologie) ou qu'elles occupent une position de pouvoir au sein de leur institution d'appartenance en raison de leur taille. Les responsables de ces unités ont mis en avant leur expertise en matière de recherche scientifique, par exemple en exhibant le nombre de publications produites annuellement par leurs services ou, pour l'un d'entre eux en particulier, commentant la qualité de notre projet de recherche et relevant des défauts selon lui essentiels. Ces types de responsables, avec lesquels les négociations ont été plus difficiles et n'ont pas toujours pu aboutir, nous ont réclamé de faire figurer leurs noms sur un article publié dans le cadre de notre recherche⁹.

Dans un autre service de soins pourtant aigus et au sein d'un hôpital également universitaire, nous avons rencontré des difficultés bien moindres : les négociations ont été simples et rapides, aucune contrepartie n'a été exigée et la présence de la caméra a été acceptée dans la plupart des situations de travail. Le fait que cette unité soit de taille réduite, qu'elle soit largement moins active dans le domaine de la recherche et qu'elle soit dès lors moins contrainte à produire des publications nous semble expliquer en

partie cette facilité. Par ailleurs, s'agissant d'un domaine de soins moins reconnu au sein de l'institution, la volonté de le rendre visible a largement joué en notre faveur¹⁰. Nous avons pu par exemple le constater lorsque, répondant positivement à une demande d'enregistrement vidéo d'une réunion interdisciplinaire, le directeur a déclaré qu'il s'agissait d'un moyen pour eux de « faire comprendre » les contraintes et les spécificités de leur activité.

Notre expérience montre cependant que ce sont les institutions actives dans des domaines moins reconnus dans la hiérarchie médicale ou n'ayant pas d'attaches universitaires qui présentent le plus grand degré d'ouverture à la recherche qualitative de sciences sociales. L'accueil a, en effet, été facile à négocier dans des institutions de soins chroniques ou de réhabilitation. Cela découle, d'une part, d'un intérêt plus marqué par ces services ou institutions pour les questions de collaboration interprofessionnelle. D'autre part, cela n'est pas étranger à leurs positions spécifiques dans le monde de la santé, celles-ci ne les poussant pas à exiger des contreparties et les rendant plus sensibles à ce que notre regard extérieur se pose sur elles.

Il faut à ce sujet évoquer une institution de soins de réhabilitation au sein de laquelle nous avons pu bénéficier d'un accueil particulièrement ouvert. Bien qu'il s'agisse d'un hôpital régional subissant peu de pression à produire de nouvelles connaissances scientifiques, cette institution se trouve dans une phase d'agrandissement et de rapprochement avec un hôpital universitaire. Elle suit donc une stratégie de renforcement de sa position dans le monde de la santé en Suisse. Pourtant, toutes les portes nous y ont été ouvertes avec un enthousiasme réjouissant. L'appui de la direction dans les démarches de recherche de consentement des professionnels et professionnelles et des bénéficiaires de soins à être filmés a été d'une aide précieuse. Nous avons pu présenter notre recherche et répondre aux questions des collaboratrices et des collaborateurs lors d'une assemblée en plénum. La liste des noms et adresses courriel de tout le personnel nous a par ailleurs été fournie, ainsi que, chaque semaine, la planification des types de thérapies qui nous intéressaient. Les soignants et soignantes responsables de l'admission des nouveaux patients et patientes se sont chargés de les informer de notre présence et nous ont épaulés dans la récolte de consentements à être filmés. Il nous semble que cette ouverture découle d'un contexte interne favorable, en raison d'un intérêt pour notre objet de recherche, mais également d'un rapport à la recherche et d'une position dans le monde de la santé spécifiques. Si peu de recherches sont aujourd'hui produites au sein de cette institution, elle a en effet un intérêt à en conduire davantage, en raison de sa stratégie d'expansion. Les discussions que nous avons eues avec la direction montrent clairement que, dans ce contexte, la collaboration avec notre équipe est perçue comme un moyen de rendre visible une activité de recherche. En outre, la direction est engagée dans un processus de développement de l'interdisciplinarité, dont elle estime qu'il est incomplet. Ouverte et intéressée par la critique, elle trouve un intérêt à ce que des chercheuses et

chercheurs extérieurs à l'institution contribuent à la réflexion interne à propos de cet enjeu majeur. En outre, le recours à la vidéo pour analyser des moments de collaboration interprofessionnelle avait été envisagé par le directeur, qui a trouvé avec notre projet une possibilité de déléguer cette pratique¹¹.

Récolter les consentements individuels des professionnels et professionnelles

Une fois les négociations avec la direction abouties, il faut encore faire accepter la caméra aux collaboratrices et collaborateurs de tous rangs. Parmi les stratégies adoptées, la plus importante consiste à suivre des étapes préalables avant d'introduire la caméra. Aux premiers rendez-vous avec la direction puis les cadres succède la conduite d'un entretien collectif avec des membres du personnel. La confiance ainsi gagnée, l'étape suivante consiste en une période d'observation directe sans usage de la caméra, pour finaliser l'établissement de liens de confiance et déboucher enfin sur la captation vidéo. C'est également l'occasion de discuter des objectifs et du déroulement des enregistrements, afin de répondre aux préoccupations des personnes qui seront potentiellement filmées. La possibilité de se rétracter après avoir été filmé, et donc l'effacement possible des séquences, a toujours été offerte, mais jamais utilisée par les professionnels et professionnelles. Certaines actrices et certains acteurs ont en revanche accepté d'être enregistrés (son), mais pas filmés (image). Cela peut constituer une alternative, s'il est possible qu'ils restent hors-champ, et à condition que le langage non verbal ne soit pas au cœur de l'étude. Une attention particulière doit par ailleurs être portée à se distinguer des démarches d'évaluation de leur « qualité », par des inspectrices et inspecteurs extérieurs, dont font l'objet les institutions de santé. Une difficulté importante à surmonter, en particulier dans les institutions de soins aigus, est la charge de travail et le stress engendré par l'urgence des situations de travail qui rendent parfois difficile l'établissement de contacts informels « de couloir », dont l'importance dans le cadre d'une enquête de terrain est pourtant bien connue. Il est en outre important de ne pas mettre les personnes filmées devant le fait accompli, en les prévenant plusieurs jours en avance de la présence de la caméra. Cependant, la planification serrée du travail, les absences régulières et les imprévus découlant des admissions ou de l'état de santé des patients et patientes rendent la planification des enregistrements très difficile dans certaines institutions. Dans les plus grandes en particulier, malgré des courriels envoyés aux professionnelles et professionnels censés être présents lors des situations filmées et aux responsables d'équipe, il arrive souvent que les personnes présentes ne soient pas celles initialement prévues, ce qui peut provoquer des plaintes de leur part au moment où il s'agit de procéder aux enregistrements vidéo, ainsi qu'une difficulté pratique à faire signer, en cas d'acceptation, les documents de consentement, car cela doit alors se faire dans l'urgence. La présence longue permet d'y remédier, comme elle permet d'ailleurs de pallier la méfiance des participants et participantes dans le cadre d'observations ethnographiques (Foley, 2016), de même que la flexibilité des chercheurs et

chercheuses dans la planification de la présence sur place. Prévenir suffisamment en avance de la présence de la caméra permet par ailleurs aux professionnels et professionnelles qui ne souhaitent pas être filmés, dès lors souvent plus attentifs à nos courriels, de se faire remplacer ou de s'arranger pour ne pas être présents lors des situations que nous avons prévu de filmer. Cela n'est cependant pas toujours possible, les relations hiérarchiques pouvant alors s'immiscer dans la négociation du consentement des personnes, comme le montre l'exemple présenté ci-après. Nous étions alors en train de filmer une réunion interdisciplinaire lorsqu'un médecin assistant (ayant récemment rejoint le service) entre dans la salle. S'ensuivent les interactions suivantes :

Enquêteur (*assis au fond de la salle, s'approche du médecin assistant et s'adresse à lui, ce qui interrompt le cours de la réunion*) : « Est-ce qu'on vous a prévenu que la séance était filmée dans le cadre de notre recherche sur la collaboration interprofessionnelle? »

Médecin cadre (*répondant à sa place*) : « J'ai envoyé un mail. Peut-être que les gens ne l'ont pas lu, mais (*regardant l'assistant dans les yeux*) ils sont tous d'accord n'est-ce pas? »

Médecin assistant : *Ne répond pas, baisse les yeux.*

Suit un rire gêné du médecin-cadre et un silence dans la salle, avant que la réunion ne reprenne son cours.

Après la séance, le médecin assistant nous expliquera qu'il refuse de signer un consentement « libre et éclairé » alors que sa participation à la réunion est obligatoire. Le recroisant quelques jours plus tard dans les couloirs du service, il nous expliquera que ce refus n'est en rien lié à notre recherche, mais qu'il exprime son mécontentement à l'égard de la hiérarchie. Il finira d'ailleurs par accepter de signer le formulaire de consentement. Si cet exemple montre une nouvelle fois l'importance de la négociation du consentement *en amont*, il indique également que les relations hiérarchiques et la rotation fréquente des médecins assistants (et du personnel en général), spécifiques à certaines institutions de santé, constituent des obstacles conséquents à cette précaution.

Faire signer le « consentement » aux patients et patientes : la gestion des normes et contraintes éthiques

Les enregistrements vidéo ne font pas, en soi, l'objet de dispositions particulières dans le droit suisse relatif à la recherche « sur l'être humain »¹². En revanche, le fait de récolter des données personnelles et médicales à propos des patients et patientes contraint à obtenir la validation du projet par une commission d'éthique dans le but, imposé par la Constitution, de protéger la « dignité » et la « personnalité » des individus. La loi précise dès lors que, parallèlement aux essais cliniques et à la collecte de matériel biologique, doit être approuvé par une commission d'éthique tout projet

dans le cadre duquel des « données personnelles liées à [leur] santé sont collectées dans le but de répondre à une problématique scientifique »¹³. Bien que pour nous les données personnelles et médicales des patients et patientes soient secondaires dans l'analyse, le fait de les enregistrer par vidéo, y compris lorsque nous filmons une réunion professionnelle lors de laquelle sont discutés leurs cas, distingue clairement notre démarche d'une observation directe. Une démarche de type ethnographique ne recourant pas à la vidéo peut être considérée comme ne devant pas faire l'objet d'une approbation par une commission d'éthique si le respect du secret professionnel et médical est garanti, dans la mesure où il est possible de ne pas prendre note des données médicales des patients et patientes ou de le faire de manière anonymisée. Cette remarque n'est bien sûr pas valable pour les pays au sein desquels les exigences éthiques sont plus élevées, en particulier dans le monde anglo-saxon et au Québec¹⁴, où celles-ci ne sont pas limitées à la protection des données médicales, mais concernent la recherche en sciences humaines et sociales de manière générale.

En ce qui nous concerne, la démarche éthique a consisté, une fois l'accord de la commission reçu, à obtenir celui des patientes et patients filmés et à leur faire signer un « consentement libre et éclairé » relatif à leur participation à l'étude. Classiquement, celui-ci consiste en une présentation de l'étude et de son déroulement; des informations sur les bénéfices, risques et contraintes pour le patient ou la patiente; d'autres informations à propos du respect de la confidentialité des données; les coordonnées d'une personne de contact. La règle veut que le consentement soit transmis aux patients et patientes quelques jours avant leur participation afin de leur laisser un temps de réflexion. Parallèlement au consentement général, nous avons également donné la possibilité à ceux qui se font filmer (ainsi d'ailleurs qu'aux professionnels et professionnelles) de donner leur accord sur des usages différenciés des images. Ainsi, pour les images elles-mêmes, d'une part, et pour leur transcription détaillée, d'autre part, les personnes filmées peuvent donner leur accord ou non (cases à cocher) pour un usage dans le cadre de formations, de présentations scientifiques et de publications (voir l'Encadré 2).

Cette possibilité de détailler le consentement allonge le temps nécessaire à la présentation des documents aux personnes que nous souhaitons filmer. Ce détail dans le consentement offre cependant une marge d'autonomie qui peut sans nul doute faciliter l'obtention de l'accord des personnes. Notre expérience montre cependant que ce sont davantage les professionnels et professionnelles que les patients et patientes qui ont refusé que nous fassions certains des usages énumérés, même si d'une manière générale, les personnes acceptant d'être filmées acceptent également toutes les modalités d'usage des images et des transcriptions. Notons que la récolte des consentements des patients et patientes est plus facile dans les petites institutions, ainsi que dans celles où ils restent plus longtemps. La récolte est en revanche rendue plus difficile lorsque les personnes présentent des troubles cognitifs ou sont mineures, car

Le formulaire distribué aux deux groupes d'individus demande leur accord pour les usages suivants :

- Les **enregistrements** vidéo pourraient être utilisés pour former des professionnels et professionnelles. ☐ Oui ☐ Non
- Les **transcriptions** pourraient être utilisées pour former des professionnels et professionnelles. ☐ Oui ☐ Non
- Les **enregistrements** vidéo pourraient être utilisés pour des présentations scientifiques. ☐ Oui ☐ Non
- Les **transcriptions** pourraient être utilisées pour des présentations scientifiques. ☐ Oui ☐ Non
- Les **transcriptions** pourraient être utilisées dans des publications scientifiques. ☐ Oui ☐ Non

Encadré 2. Consentement détaillé sur les usages des enregistrements et de leur transcription.

cela nécessite de prendre contact avec leurs proches ou leurs représentantes ou représentants légaux.

Il faut ajouter, finalement, que la validation par la commission d'éthique est un élément central pour négocier l'accès aux terrains d'observation. Si elle est garante de la protection de la dignité et de la personnalité des patients et patientes, elle renforce également la valeur scientifique de la recherche qualitative dans un contexte plus habitué aux recherches cliniques, ces dernières posant des problèmes et dilemmes éthiques souvent plus importants.

Conclusion

Souvent utilisée dans le cadre de recherches s'intéressant aux actions situées et aux logiques interactionnelles, la vidéo est pourtant un outil puissant de production de données largement mésestimé par les sciences sociales. Permettant de capter des situations naturelles dans toute leur densité et de les analyser ensuite en équipe, cet outil offrirait pourtant des opportunités scientifiques significatives à différents types de recherche portant sur les comportements sociaux, quelles que soient les approches ou perspectives privilégiées. La vidéo offre la possibilité, comme le dictaphone, d'enregistrer le langage verbal, tout en facilitant largement la transcription de discussions de groupe en permettant d'identifier les locuteurs. En parallèle, elle capte avec d'infinis détails les pratiques non langagières, la communication non verbale ainsi que l'usage des outils et les rapports entre humains et espace matériel. Combinée en

particulier à une immersion et des observations ethnographiques, elle ouvre des horizons qu'il nous semble particulièrement pertinent d'explorer. Et ce, d'autant que, si les enregistrements vidéo obligent à effectuer des choix techniques et sont entourés d'enjeux éthiques spécifiques, faire accepter la présence de la caméra au sein des institutions de santé ne présente pas de difficultés significativement plus élevées que les négociations imposées par toute démarche ethnographique classique.

Notes

¹ Voir par exemple Becker, Geer, Hughes, & Strauss (1977), et Strauss, Fagerhaugh, Suczek, & Wiener (1985).

² « *All elements that constitute the meaning of an image are simultaneously present* » (Raab & Tänzler, 2012, p. 86). Notons cependant que, en tous cas dans l'état actuel des développements technologiques, la vidéo n'enregistre pas les odeurs.

³ « *Video data is certainly among the most complex data in social scientific empirical research* » (Knoblauch et al., 2012, p. 14).

⁴ « *that prioritises the situated and interactional accomplishment of practical action* » (Heath et al., 2010, p. 1).

⁵ « structures and patterns of interaction, such as the coordination of work activities, the course of family arguments or professional meetings » (Knoblauch, 2012, p. 72).

⁶ Même si, sur ce second point, la présence récurrente de stagiaires dans les institutions peut constituer un rôle disponible pour les chercheurs et chercheuses.

⁷ Notre équipe, dont la plupart des membres sont formés aux sciences sociales, comprend plusieurs physiothérapeutes (exerçant ou non), une psychologue ainsi qu'une infirmière.

⁸ Ce transfert de nouvelles connaissances dans la pratique professionnelle est inspiré de la *Conversation-analytic role play method* développée par Stokoe (2014).

⁹ Les négociations ont pu alors porter sur la position des noms des différents auteurs de la publication pressentie.

¹⁰ Nous restons volontairement flous sur les domaines médicaux concernés afin de garantir l'anonymat de ces services.

¹¹ Une délégation partielle puisque, si nos analyses sont transmises et discutées avec les acteurs de terrain, les données vidéo appartiennent exclusivement à l'équipe de recherche et ne sont transmises d'aucune manière, ni aux personnes filmées, ni à la direction.

¹² Voir la Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH) du 30 septembre 2011.

¹³ Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH) du 30 septembre 2011.

¹⁴ Voir par exemple les principes éthiques édictés par l'*Economic and Social Research Council* au Royaume-Uni ou, au Canada, le document officiel : Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada (2014) *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*.

Références

- Avril, C., Cartier, M., & Serre, D. (2010). *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*. Paris : La Découverte.
- Beaud, S., & Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain produire et analyser des données ethnographiques* (4^e éd.). Paris : La Découverte.
- Becker, H. S., Geer, B., Hughes, E. C., & Strauss, A. L. (1977). *Boys in white. Student culture in medical school*. New Brunswick, NJ : Transaction Books.
- Clot, Y., Faïta, D., Fernandez, G., & Scheller, L. (2000). Entretiens en autoconfrontation croisée : Une méthode en clinique de l'activité. *PISTES – Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2(1), 1-9.
- Darmon, M. (2005). Le psychiatre, la sociologue et la boulangère. Analyse d'un refus de terrain. *Genèses*, 1(58), 98-112.
- Dubar, C., Tripièr, P., & Boussard, V. (2011). *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin.
- Foley, R.-A. (2016). L'observation. Dans J. Kivits, F. Balard, C. Fournier, & M. Winance (Éds), *Les recherches qualitatives en santé* (pp. 117-133). Malakoff : Armand Colin.
- Heath, C., Hindmarsh, J., & Luff, P. (2010). *Video in qualitative research. Analysing social interaction in everyday life*. Los Angeles, CA : Sage.
- Hindmarsh, J., & Pilnick, A. (2007). Knowing bodies at work. Embodiment and ephemeral teamwork in anaesthesia. *Organization Studies*, 28(9), 1395-1416.
- Hughes, E. C. (1958). *Men and their work*. Glencoe : The Free Press.
- Keel, S., & Schoeb, V. (2016). Professionals' embodied orientations towards patients in discharge-planning meetings and their impact on patient participation. *Communication & Medicine*, 13(1), 115-134.
- Knoblauch, H. (2012). Videography. Focused ethnography and video analysis. Dans H. Knoblauch, H.-G. Soeffner, J. Raab, & B. Schnettler (Éds), *Video analysis : Methodology and methods. Qualitative audiovisual data analysis in sociology* (pp. 69-83). Francfort-sur-le-Main : P. Lang.
- Knoblauch, H., Soeffner, H.-G., Raab, J., & Schnettler, B. (Éds). (2012). *Video analysis : Methodology and methods. Qualitative audiovisual data analysis in sociology*. Francfort-sur-le-Main : P. Lang.
- Koschmann, T., LeBaron, C., Goodwin, C., Zemel, A., & Dunnington, G. (2007). Formulating the triangle of doom. *Gesture*, 7(1), 97-118.

- Lambelet, A. (2010). Analyser les rassemblements au moyen de photographies ou de films. Pistes et enjeux. *ethnographiques.org*, 21. Repéré à <http://www.ethnographiques.org/spip.php?article712>
- Luckmann, T. (2012). Some remarks on scores in multimodal sequential analysis. Dans H. Knoblauch, H.-G. Soeffner, J. Raab, & B. Schnettler (Éds), *Video analysis : Methodology and methods. Qualitative audiovisual data analysis in sociology* (pp. 29-34). Francfort-sur-le-Main : P. Lang.
- Luff, P., Hindmarsh, J., & Heath, C. (Éds). (2000). *Workplace studies. Recovering work practice and informing system design*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Mondada, L. (2014). Instructions in the operating room. How the surgeon directs their assistant's hands. *Discourse Studies*, 16(2), 131-161.
- Parry, R. (2010). Video-based conversation analysis. Dans I. L. Bourgeault, R. Dingwall, & R. G. De Vries (Éds), *The Sage handbook of qualitative methods in health research* (pp. 373-396). Los Angeles, CA : Sage.
- Raab, J., & Tänzler, D. (2012). Video hermeneutics. Dans H. Knoblauch, H.-G. Soeffner, J. Raab, & B. Schnettler (Éds), *Video analysis : Methodology and methods. Qualitative audiovisual data analysis in sociology* (pp. 85-97). Francfort-sur-le-Main : P. Lang.
- Robinson, J. D. (1998). Getting down to business talk, gaze, and body orientation during openings of doctor-patient consultations. *Human Communication Research*, 25(1), 97-123.
- Ruusuvuori, J. (2001). Looking means listening. Coordinating displays of engagement in doctor-patient interaction. *Social Science & Medicine*, 52(7), 1093-1108.
- Schoeb, V., Hartmeier, A., & Keel, S. (2015). Transfer von Forschungsergebnissen zur Austrittsplanung in drei Schweizer Rehabilitationskliniken. Reflektion als Sprungbrett für Veränderungen im Praxisalltag [Transfert des résultats de recherche à propos de la décision de sortie dans trois institutions de réhabilitation en Suisse. La réflexion comme tremplin pour le changement dans les pratiques quotidiennes]. *Schweizerische Ärztezeitung*, 5(96), 132-136.
- Schubert, C. (2012). Video analysis of practice and the practice of video analysis. Selecting field and focus in videography. Dans H. Knoblauch, H.-G. Soeffner, J. Raab, & B. Schnettler (Éds), *Video analysis : Methodology and methods. Qualitative audiovisual data analysis in sociology* (pp. 115-126). Francfort-sur-le-Main : P. Lang.

Stokoe, E. (2014). The conversation analytic role-play method (CARM). A method for training communication skills as an alternative to simulated role-play. *Research on Language and Social Interaction*, 47(3), 255-265.

Strauss, A. L., Fagerhaugh, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1985). *Social organization of medical work*. Chicago, IL : The University of Chicago Press.

Tiitinen, S., & Ruusuvuori, J. (2012). Engaging parents through gaze. Speaker selection in three-party interactions in maternity clinics. *Patient Education and Counseling*, 89(1), 38-43.

David Pichonnaz est docteur en sociologie (Université de Fribourg, Suisse, et École des hautes études en sciences sociales, Paris). Il est chercheur à la Haute école de santé Vaud et enseignant à l'Université de Lausanne (Suisse). Spécialisé dans l'étude du travail et des groupes professionnels, il s'intéresse notamment à la collaboration interprofessionnelle dans le monde de la santé et à la socialisation aux métiers relationnels. Ses travaux sont principalement basés sur des données qualitatives et sur une démarche de type ethnographique.

Camille Bécherraz est titulaire d'un Master en sciences sociales. Elle est assistante d'enseignement et de recherche à la Haute école de santé Vaud, à Lausanne (Suisse). Ses travaux de recherche s'intéressent à la relation en santé ainsi qu'à l'éducation interprofessionnelle et sont ancrés dans une démarche à la fois qualitative et quantitative. Elle enseigne la communication en santé et la collaboration interprofessionnelle.

Isabelle Knutti est titulaire d'un Master en physiothérapie, profession qu'elle exerce comme indépendante. Elle est en outre assistante de recherche à la Haute école de santé Vaud, à Lausanne (Suisse), où elle participe à la conduite d'un projet de recherche consacré à la collaboration interprofessionnelle.

Liliane Staffoni est titulaire d'un Bachelor en physiothérapie et d'un Master en psychologie. Professeure associée à la Haute école de santé Vaud, à Lausanne (Suisse), elle est la requérante principale d'un projet financé par le Fonds national suisse de la recherche scientifique consacré à l'interprofessionnalité dans les soins. Ses domaines d'intérêt sont la psychologie de la santé et du développement ainsi que l'interprofessionnalité dans les soins.

Veronika Schoeb est docteure en sociologie (Université de Nottingham, Royaume-Uni). Elle est professeure assistante au Department of Rehabilitation Sciences de la Hong Kong Polytechnic University (Chine) et adjointe scientifique à la Haute école de santé Vaud, à Lausanne (Suisse). Elle a obtenu plusieurs financements de recherche en Suisse et à l'étranger afin d'étudier, selon une approche qualitative, les interactions entre patients et professionnels de santé, ainsi qu'au sein des équipes interprofessionnelles.

L'enquête biographique : une méthode d'analyse des parcours et des expériences des praticiens hospitaliers

Victoire Cottureau, Docteure en géographie

Université de Rouen, Rouen, France

Résumé

L'objectif de cet article est de présenter une méthodologie qualitative innovante élaborée dans le cadre d'une recherche doctorale portant sur une catégorie particulière de médecins : les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE). Soumise à une législation spécifique, cette catégorie est apparue au cours des années 1980 lorsque les hôpitaux publics français ont commencé à manquer de médecins. Souhaitant apporter un éclairage sur cette migration de professionnels de santé, une enquête mêlant une approche qualitative et quantitative a été menée auprès de ces praticiens. Associant l'entretien au remplissage d'une matrice biographique, la méthodologie qualitative a servi à récolter simultanément les trajectoires individuelles dans trois domaines (familial, professionnel et migratoire). Elle a permis d'extraire de nombreux résultats, tant sur le déroulement des carrières des médecins que sur le fonctionnement des hôpitaux français. Les résultats de cette étude ont montré qu'elle s'est avérée particulièrement adaptée au recueil des parcours de vie des praticiens.

Mots clés

HÔPITAL, PADHUE, RECHERCHE QUALITATIVE, ENQUÊTE BIOGRAPHIQUE, OUTIL DE COLLECTE DE DONNÉES

Introduction

La démographie médicale française présente encore aujourd'hui des disparités territoriales dans la répartition des praticiens de santé. Ces déséquilibres sont en partie causés par des déficits de praticiens dans les hôpitaux de pôles urbains secondaires et des stratégies d'évitement de certaines zones urbaines défavorisées ou rurales par les nouvelles générations de médecins. C'est dans ce contexte de « pénurie localisée » que l'État français avait ouvert ses hôpitaux aux praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) dans les années 1980. Dans ma recherche doctorale, j'ai choisi d'étudier cette catégorie particulière de médecins. À l'origine, elle a été créée par une législation interdisant aux praticiens diplômés en dehors de l'Union européenne d'exercer librement la médecine dans l'espace communautaire (les diplômes n'y étant

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 36(2), pp. 85-111.

LES ENJEUX ACTUELS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE À L'HÔPITAL ET DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

© 2017 Association pour la recherche qualitative

pas reconnus). De ce fait, ils sont également soumis à une législation spécifique qui les autorise à exercer uniquement dans les hôpitaux publics et sous des statuts particuliers tant qu'ils ne possèdent pas la plénitude d'exercice de la médecine. Si leur situation est régulièrement médiatisée dans les journaux depuis les années 1990, elle a fait très peu l'objet de travaux de recherche, notamment parce que l'on manque de données sur ces médecins et parce que la législation à leur sujet est mouvante. Souvent basés sur des données quantitatives, les travaux sur la démographie médicale ou sur les professionnels de santé en France se focalisent sur d'autres catégories de personnels de santé et passent souvent à côté de leurs expériences.

En réalisant une recherche doctorale entre 2010 et 2015¹, je souhaitais apporter un éclairage sur cette migration de médecins (Cottureau, 2015). L'objectif était de réaliser à l'échelle régionale (Poitou-Charentes) une étude fine de l'ensemble des structures hospitalières (30) afin d'apporter des connaissances sur les PADHUE et de dresser un tableau des difficultés de recrutement rencontrées par les hôpitaux. L'intérêt était de privilégier une approche liant la thématique de la santé à celle des migrations afin d'analyser les conséquences et les répercussions des circulations à différents niveaux d'échelles. La problématique de la thèse était ainsi axée sur la mise en lien des questionnements actuels sur les politiques de santé et de démographie médicale avec les projets migratoires et les parcours de ces migrants hautement qualifiés. Pour ce faire, j'ai choisi d'établir une méthodologie rigoureuse et innovante mêlant deux recueils de données distincts : un premier d'ordre quantitatif et un second d'ordre qualitatif. C'est sur cette méthodologie basée sur un recueil statistique et une enquête biographique mêlant l'entretien à un outil de collecte que je me concentrerai au fil de cet article.

Dans un premier temps, l'article reviendra sur le contexte global des migrations des praticiens dans le monde ainsi que sur les évolutions des cadres réglementaires qui ont conduit à l'arrivée de ces médecins en France. Dans un deuxième temps, l'article s'interrogera sur les enjeux de la recherche qualitative à l'hôpital. Dans un troisième temps, il présentera la méthodologie développée dans le cadre de cette recherche. Enfin, dans un dernier temps seront présentés les principaux résultats sur les projets et les parcours des PADHUE, obtenus au moyen de l'enquête biographique.

Du contexte global des migrations de médecins à la catégorie étudiée

L'étude d'une catégorie d'acteurs nécessite de prendre en considération le ou les contextes dans lesquels ils évoluent. À travers cette première partie, je m'arrêterai d'abord sur les migrations de praticiens à travers le monde. Ensuite, je me recentrerai sur la catégorie étudiée en présentant succinctement la législation à l'égard des PADHUE. L'ensemble de ces éléments contextuels a eu un poids important lors de l'élaboration de ma méthodologie d'enquête.

Le manque de professionnels de santé : une problématique mondiale

Dans le monde, de nombreux pays connaissent une pénurie de professionnels de santé. Selon les estimations de 2006 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il y aurait un déficit estimé à plus de 4,3 millions en personnels de santé dans le monde. Pourtant, pour Cash et Ulmann, il n'existe pas de « pénurie objective des médecins » (2008, p. 104) dans les pays du Nord. En effet, la majorité des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) sont aujourd'hui confrontés aux paradoxes d'être des pays ayant des effectifs satisfaisants de médecins, selon les critères de l'OMS, mais devant faire face à des phénomènes régionaux ou locaux de pénurie médicale. Afin de remédier à des « pénuries localisées », de nombreux pays (Canada, États-Unis, Allemagne, Angleterre, etc.) emploient des médecins diplômés à l'étranger au sein de leurs systèmes de santé (Chasles, 2012). Dans certains pays, comme le Royaume-Uni et l'Irlande, près d'un tiers de l'effectif total des médecins aurait été formé à l'étranger (OCDE, 2010).

La plupart des pays du Nord, tels que les États-Unis et le Canada, possèdent des législations relativement semblables en matière d'exercice de la médecine pour les praticiens dont les diplômes ne sont pas reconnus. D'une manière générale, les médecins passent un concours de reconnaissance dès leur arrivée dans le pays. S'ils le réussissent, ils peuvent exercer la médecine au même titre que les praticiens formés localement, sinon ils n'ont aucun droit d'exercice. Ces pays ont donc l'avantage de posséder des procédures de reconnaissance claires. Par contre, ils présentent parfois des inconvénients que les praticiens ne rencontrent pas dans le système de santé français. Par exemple, un médecin diplômé hors du Canada ou des États-Unis (DHCEU) ayant obtenu son statut d'immigrant au Québec doit s'engager à exercer pendant quatre ans dans un établissement situé dans une région éloignée des grands centres urbains (Simard & Van Schendel, 2004). Contrairement aux autres pays, le modèle français avait autorisé les médecins à immédiatement exercer dans le secteur hospitalier (jusqu'en 2010²), avant même qu'ils n'aient passé une procédure de reconnaissance de leur diplôme. Après avoir accumulé plusieurs années d'expérience, ils étaient autorisés à passer des concours afin de pouvoir exercer la médecine au même titre que les praticiens diplômés en France et en Union européenne. Ainsi, la particularité du cadre juridique et législatif français le rend incomparable aux autres pays du Nord.

Les PADHUE : une spécificité française

En France, la médecine est une profession non seulement réglementée, mais également protégée (Lochard, Meilland, & Viprey, 2007). Initialement réservée aux personnes de nationalité française et titulaires d'un diplôme français, la profession est devenue accessible aux pays membres de la communauté économique européenne (CEE) en 1975 avec l'instauration de la reconnaissance des qualifications médicales³. Autrement

dit, les médecins ayant validé leur diplôme dans un pays membre de la Communauté économique européenne ont obtenu le droit de pratiquer la médecine où bon leur semble au sein de la CEE. Cette ouverture s'est alors présentée comme une solution à la pénurie de main-d'œuvre du point de vue des responsables politiques de certains pays européens (Krasteva & Vasilcu, 2014). Toutefois, les médecins européens ont été peu nombreux à venir s'installer en France et ils ne remplissaient qu'une faible partie des postes vacants des hôpitaux publics. C'est dans ce contexte que l'État français a décidé, dès le début des années 1980, d'attirer des praticiens à diplôme extra-communautaire.

Les PADHUE ont obtenu l'autorisation de travailler en France, mais sous des statuts spécifiques, à partir de 1981 par deux principaux décrets⁴. De surcroît, l'État français, soutenu par les médecins hospitalo-universitaires, a créé des cursus de spécialisation à destination des PADHUE en 1985⁵. Pendant qu'ils préparaient ces diplômes, ces médecins étrangers étaient autorisés à exercer en parallèle sous certaines conditions, dont celle de ne pas exercer dans le secteur privé. Les PADHUE n'avaient alors pas le droit de s'inscrire au Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) et ils avaient l'obligation de travailler sous des statuts peu rémunérateurs. À ce moment-là, cette législation hospitalière était probablement pensée comme une réponse ponctuelle qui était censée ne pas perdurer.

Pourtant, cette solution s'est perpétuée, conduisant les professionnels concernés à se regrouper en syndicats, à médiatiser leur situation et à la signaler à différentes institutions européennes. En conséquence, l'État a créé des concours afin d'offrir à ces médecins des occasions de pouvoir faire reconnaître leur diplôme et d'accéder aux mêmes statuts que leurs confrères diplômés en France et en Union européenne. Chacun de ces concours était envisagé comme étant le dernier dans son genre, devant permettre aux PADHUE d'intégrer pleinement le corps médical. Dans l'objectif de mettre un terme à ces migrations, ces concours étaient généralement associés à des législations interdisant aux hôpitaux le recrutement de nouveaux médecins à diplôme extra-européen.

Cette législation, en contradiction constante avec les besoins réels des structures hospitalières en matière de ressources humaines, a engendré des dérogations et des contournements mis en place par les hôpitaux afin de maintenir des effectifs suffisants pour le bon fonctionnement de leurs services. Plus concrètement, cela signifie qu'à chaque interdiction d'effectuer de nouveaux recrutements de PADHUE, les hôpitaux ont continué à en recruter. Ces médecins se sont retrouvés hors des législations en cours et ne remplissaient pas les conditions nécessaires pour passer des concours d'équivalence. Ceux-ci devaient attendre la création d'une nouvelle législation en leur faveur. Ainsi, bien qu'indispensables dans les structures hospitalières, ces médecins étaient soumis aux aléas d'une législation mouvante et évolutive, mais également à des

procédures de reconnaissance de diplômes particulièrement rigides et longues, avant d'être admis ou rejetés du corps médical français, ou encore maintenus en marge de celui-ci (Lochard et al., 2007). Toutefois, depuis le durcissement de la législation à la fin des années 2000 et la mise en place de nouveaux diplômes plus réglementés à destination des PADHUE, les possibilités de contournements semblent se tarir. Désormais, le nombre de praticiens à diplôme extra-européen en France devrait diminuer au fur et à mesure que ces praticiens partiront à la retraite.

Depuis quarante ans, les médecins à diplôme extra-européen entrent dans un cadre juridique complexe en perpétuelle évolution. Face à une telle complexité, la recherche d'une méthode efficiente me permettant de lire simultanément les parcours des praticiens et la législation est devenue très tôt une priorité dans cette recherche doctorale.

Les enjeux de la recherche qualitative à l'hôpital

Étudier les PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics nécessite de les replacer dans le contexte de l'évolution de cette institution, souvent présentée comme étant « le miroir de notre société » (Panel, 2007, p. 1). Aujourd'hui, l'objectif de maîtrise des dépenses en santé et la rationalisation des équipements soumettent l'hôpital à une contrainte financière forte qu'il se doit de concilier avec sa vocation de service public (Bonnici, 1998). Même si cette situation générale complexe touche l'ensemble des structures hospitalières publiques, chaque établissement est différemment concerné en raison de son caractère multiple et pluriel. Aujourd'hui, entre des obligations nationales et une gestion locale, l'hôpital n'apparaît ni comme un rouage inerte d'une machine hospitalière nationale ni comme un organisme autonome allant où bon lui semble (Contandriopoulos & Souteyrand, 1996). Toutefois, la gestion locale laisse encore aux directeurs une certaine marge de manœuvre quant à la maîtrise des recrutements et des carrières. À ce titre, le recrutement des PADHUE ne possédant pas la plénitude d'exercice s'effectue au plan local sans l'approbation de la moindre institution. À ce jour, aucun organisme d'État (CNOM, Agence régionale de santé, Centre national de gestion, etc.) ne possède de données précises sur ces médecins. Les effectifs ne peuvent actuellement être connus que par l'intermédiaire des registres des ressources humaines des établissements hospitaliers qui les emploient. Les PADHUE évoluent donc dans un lieu complexe entremêlé d'enjeux, de normes, de valeurs et d'obligations contradictoires ou opposés. Cette complexité m'a renforcé dans l'idée qu'il était nécessaire d'analyser et de comparer le fonctionnement de plusieurs structures hospitalières pour pouvoir réellement éclairer la situation des médecins diplômés hors UE. Il convient maintenant d'exposer les raisons qui m'ont permis de délimiter mon terrain de recherche.

Délimiter le terrain

Dans une recherche, l'unité de base de l'objet peut être choisie à partir de différents critères, comme le groupe social (perspective généralement privilégiée par les sociologues) ou le lieu (perspective généralement privilégiée par les géographes) (Pian, 2012). Ces deux options pouvant également être combinées (Marcus, 2010), j'ai finalement choisi d'étudier la catégorie des PADHUE à l'échelle d'une région française.

J'ai retenu l'échelle régionale parce qu'elle fait partie d'un cadre politico-administratif et que l'organisation sanitaire s'effectue principalement à ce niveau. Le système hospitalier français se découpe en « systèmes régionaux » où tous les hôpitaux locaux (HL) et les centres hospitaliers (CH) gravitent autour du centre hospitalier universitaire (CHU) situé dans la préfecture régionale. La région présente également l'intérêt d'être identifiée comme un échelon pertinent pour le pilotage de la politique de santé (Jabot & Demeulemeester, 2005). De nombreux géographes, dont Vigneron (2002), considèrent que c'est une bonne échelle d'analyse des politiques publiques et des pratiques sociospatiales des populations. Finalement, c'est pour l'ensemble de ces raisons que j'ai choisi de faire une monographie.

Ayant commencé mes recherches sur un hôpital situé en Poitou-Charentes (Cottureau, 2010), j'ai logiquement souhaité poursuivre ce travail à l'échelle de cette même région. Non seulement j'avais déjà des informations sur le système hospitalier, mais je connaissais plutôt bien cette région dont je suis originaire. Pour des raisons pratiques, ces critères ont fortement influencé mon choix d'étudier la région Poitou-Charentes. Celle-ci compte un total de 30 structures hospitalières publiques situées dans quatre départements (Vienne, Deux-Sèvres, Charente et Charente-Maritime) qui mêlent à la fois des zones attractives (littoral) où la densité de population est forte et des zones rurales moins attrayantes où la densité de population est plus ou moins faible. Au sein de cette région, il existe différentes formes de structures, de directions (groupe hospitalier, direction commune, etc.) et les capacités d'accueil des hôpitaux sont également très disparates, puisqu'elles vont de 35 places pour l'hôpital local de Melle à une capacité d'accueil de 1490 personnes pour le CHU de Poitiers. La région m'offrait ainsi la possibilité d'étudier une grande diversité de structures hospitalières (en raison de leur localisation, de leur taille ou encore de leur fonctionnement).

Le choix de la méthodologie d'enquête

Durant cette recherche doctorale, je souhaitais utiliser une méthodologie qui apporterait des chiffres inédits sur les PADHUE tout en étudiant leurs projets et leurs parcours migratoires. Après avoir passé en revue la littérature sur la question, je me suis rendue compte que les enjeux de la méthodologie étaient multiples.

Premièrement, les travaux portant sur la mobilité durant le parcours professionnel des médecins en France (Picheral & Vigneron, 1996) ou sur les

déterminants de ce même parcours (Mintandjian, 2015) sont principalement basés sur des méthodes quantitatives. Ils recueillent des données au moyen de questionnaires ou récupèrent des données issues d'organismes d'État (ex. : le répertoire ADELI⁶) dans l'objectif d'en effectuer un traitement statistique. Au vu du caractère lacunaire des informations disponibles sur les PADHUE, j'ai rapidement envisagé d'élaborer moi-même une base de données pour avoir une vue d'ensemble de la situation hospitalière dans ma région d'étude. Par ailleurs, si le recueil de données quantitatives permet d'obtenir des informations sur le fonctionnement des hôpitaux, ainsi que sur la place et le rôle des médecins diplômés hors UE, il ne permet en aucun cas de capter les parcours des médecins.

Deuxièmement, les études analysant la situation des PADHUE (Hartzeld, Boidé, & Baumelou, 2009; Lochard et al. 2007) ou des médecins étrangers (Séchet & Vasilcu, 2012; Simard & Van Schendel, 2004) utilisent majoritairement des méthodes qualitatives (entretiens semi-directifs). Celles-ci se concentrent généralement sur des thématiques précises telles que les discriminations vécues par les PADHUE ou encore les raisons expliquant les migrations de médecins roumains vers la France. Mon objectif étant d'avoir une lecture complète du parcours de vie d'un individu (de sa naissance au moment de l'enquête), j'ai rapidement exclu l'idée de recueillir des récits de vie ou d'effectuer des entretiens semi-directifs au vu du nombre important de thèmes que je souhaitais aborder avec les médecins. Non seulement il me semblait peu adéquat de demander à des professionnels de réaliser l'entretien sur un temps long ou en plusieurs rencontres, mais je souhaitais également utiliser une méthode plus adaptée au recueil du parcours biographique d'un individu.

En fin de compte, aucune méthode communément employée auprès des professionnels de santé ou des migrants ne me permettait d'observer la situation hospitalière globale de ma région d'étude tout en recueillant des parcours de vie de façon suffisamment fine pour en extraire le point de vue des individus ou encore l'évolution de leurs projets migratoires. Afin de recueillir l'ensemble des données ciblées, j'ai décidé de construire une méthode qui mêle des techniques de recueil de données des champs de la santé (enquête quantitative) et des migrations internationales (enquête qualitative). Au-delà des nombreux aspects pratiques (fiabilité des données, temps d'entretiens réduits, etc.), l'intérêt d'une telle association est qu'elle permet de lier l'étude des projets et des parcours migratoires de ces médecins à l'évolution du cadre législatif hospitalier français. L'association de plusieurs types de données m'a non seulement permis de saisir ma thématique avec un souci du détail, mais l'utilisation de cette méthode innovante auprès des médecins a aussi permis de révéler des parcours surprenants de complexité.

La méthodologie globale mise en œuvre

La méthodologie appliquée à cette recherche a consisté à suivre trois grandes étapes. La première a été la recherche documentaire. Celle-ci visait à collecter l'ensemble des études et des données relatives aux thèmes de recherche ainsi qu'à la région d'étude. J'ai fait usage de plusieurs ressources provenant de différentes bibliothèques universitaires et de laboratoires possédant des documents relatifs au sujet étudié. J'ai également fait le tour de la littérature grise et parcouru les archives de l'Agence régionale de santé (ARS) de la région Poitou-Charentes, de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), du CNOM, ou encore des syndicats.

Les deuxième et troisième phases de ma recherche ont consisté à recueillir des données quantitatives et qualitatives. J'ai d'abord établi une base de données quantitative fiable sur ma région d'étude étant donné le manque et l'imprécision des statistiques concernant les PADHUE. C'est uniquement après avoir analysé ces données sur les hôpitaux et les médecins qu'ils emploient que je me suis autorisée à commencer ma recherche qualitative. En effet, les premières données recueillies ont mis en évidence la présence plus ou moins forte de PADHUE d'un hôpital à l'autre, mais également d'un service à l'autre. De nouvelles hypothèses et de nouveaux questionnements ont ainsi émané de cette analyse, me permettant de mieux préparer et appréhender les entretiens avec les responsables administratifs des établissements. Finalement, j'ai cherché à concevoir l'enchaînement de ces trois phases de façon à ce que chacune d'entre elles vienne nourrir la suivante.

Durant ma recherche, j'ai également construit une frise chronologique qui réunit toutes les principales législations concernant l'hôpital public, les conditions d'exercice de la médecine en France ainsi que les diplômes et procédures d'autorisation d'exercice ouverts aux PADHUE. Cette frise a été une véritable clé de lecture des différentes législations et m'a permis des allers-retours entre les parcours des praticiens et la législation en vigueur.

Des données quantitatives...

La première année de ma recherche a été consacrée au volet quantitatif, à travers la réalisation d'un recensement des médecins en exercice dans les hôpitaux de la région étudiée au 1^{er} janvier 2011. Une partie des données collectées constituent des informations qui ne sont pas disponibles auprès d'administrations ou d'institutions (CNOM ou encore ministère de la Santé). La multiplicité et la complexité des statuts hospitaliers sont à l'origine de ce flou qui existe aujourd'hui en France. Le CNG⁷ connaît les effectifs précis des médecins nommés à titre permanent (titulaires), mais ceux qui sont recrutés à titre temporaire ou par voie contractuelle n'y sont pas enregistrés. Les registres du CNOM sont également incomplets, car les PADHUE ne possédant pas la plénitude d'exercice ne sont pas autorisés à s'y inscrire. Les effectifs

exacts de médecins ne sont donc connus précisément que par les établissements qui les emploient. C'est la raison pour laquelle j'ai décidé de recueillir les données auprès de chaque structure hospitalière afin d'obtenir des données inédites sur les PADHUE et l'ensemble des praticiens hospitaliers à l'échelle de la région Poitou-Charentes.

Pour ce faire, j'ai élaboré trois documents :

- **Un tableau concernant les effectifs globaux des hôpitaux** : L'objectif était de connaître le nombre total de praticiens qui exerçaient dans les structures hospitalières de la région Poitou-Charentes au 1^{er} janvier 2011. Ce tableau s'intéressait également à la répartition par sexe ainsi qu'au nombre de praticiens diplômés en UE et hors UE.
- **Un tableau concernant les PADHUE exerçant dans les structures hospitalières** : L'objectif était d'établir un recensement des PADHUE qui étaient en exercice dans les hôpitaux au 1^{er} janvier 2011. Ce tableau était composé de 17 variables afin d'apporter un maximum d'informations sur ces praticiens.
- **Un manuel de remplissage** : L'objectif était de faciliter le remplissage des tableaux de recensement et de limiter les erreurs.

J'ai d'abord contacté par téléphone les services des affaires médicales de chaque structure afin de me présenter, d'expliquer brièvement la recherche et de demander à qui je devais envoyer un courrier officiel. Ensuite, je leur ai adressé un courrier expliquant le sujet de la recherche et comportant plusieurs lettres de recommandation. Enfin, j'ai envoyé par courriel les tableaux et le manuel de remplissage aux administrations de tous les hôpitaux. J'ai rappelé fréquemment les responsables administratifs afin d'obtenir des renseignements sur l'avancée du remplissage des tableaux. Voyant que certains d'entre eux n'entamaient pas les recherches demandées, je leur ai proposé de me rendre sur place afin d'effectuer le travail moi-même. Finalement, j'ai obtenu la collaboration de tous les hôpitaux publics du Poitou-Charentes, puisque 24 d'entre eux m'ont renvoyé les tableaux dûment remplis et 6 hôpitaux m'ont laissé accéder à leurs archives pour que j'effectue le recensement moi-même. Cela m'a non seulement permis de construire une base de données inédite sur les PADHUE, mais également de réaliser de nombreuses cartes, dont une sur la répartition des praticiens dans les établissements de la région étudiée (voir Figure 1).

Le recensement indique que les PADHUE constituent 9 % de l'ensemble des praticiens de la région Poitou-Charentes travaillant en secteur hospitalier (voir Tableau 1). Il met en avant le rôle d'ajustement et la place indispensable des PADHUE au sein des structures hospitalières de cette région depuis une quarantaine d'années. Les résultats issus de ce travail quantitatif ont servi à souligner les aspects spatiaux

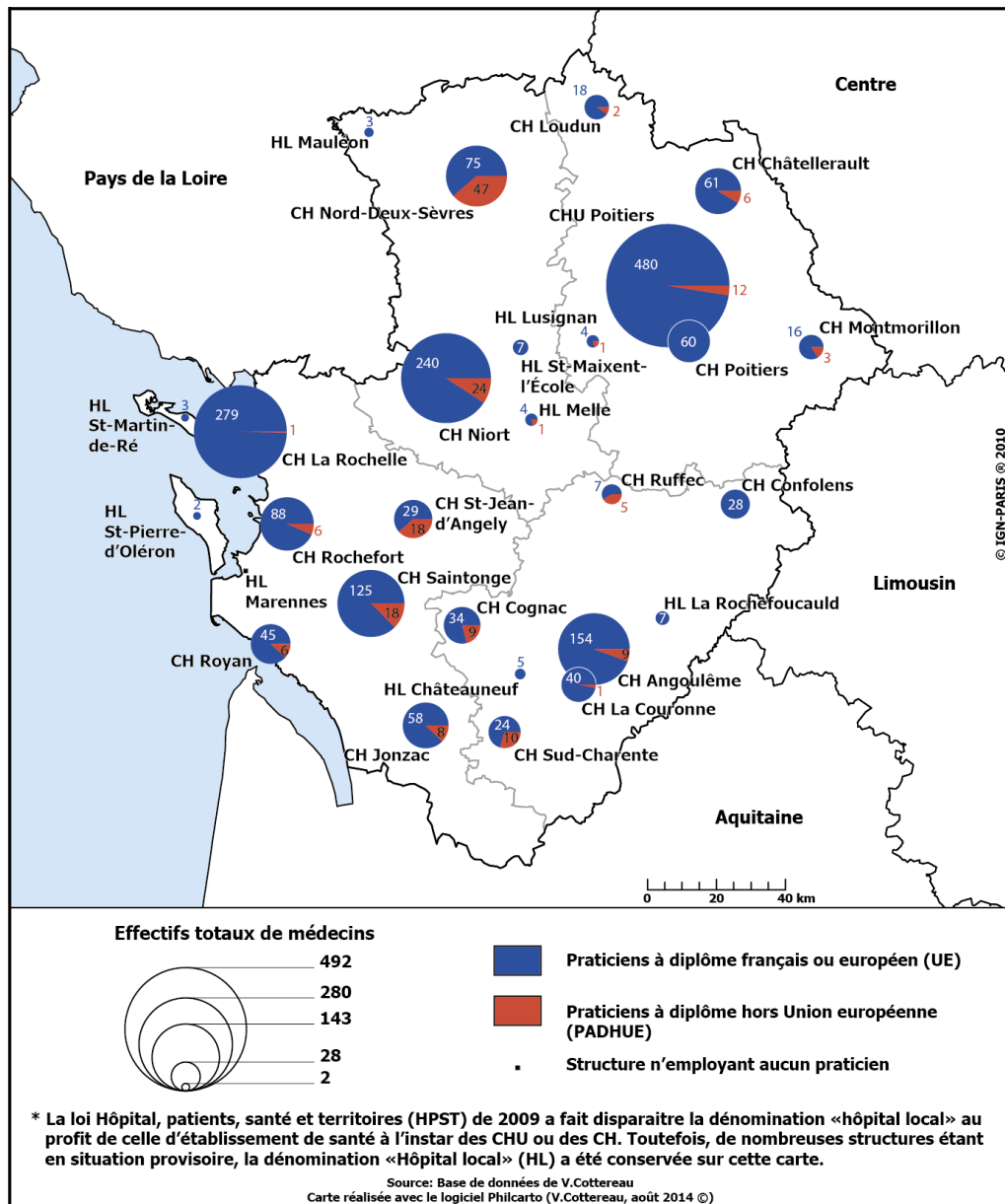


Figure 1. Localisation des praticiens en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1^{er} janvier 2011.

Tableau 1

Effectifs de praticiens en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1^{er} janvier 2011

DÉPARTEMENTS	EFFECTIFS médecins diplômés en		EFFECTIFS		TOTAL
	France et UE	% France et UE	PADHUE	% PADHUE	
VIENNE	639	96,4 %	24	3,6 %	663
DEUX-SÈVRES	329	82 %	72	18 %	401
CHARENTE	299	89,8 %	34	10,2 %	333
CHARENTE- MARITIME	634	91,8 %	57	8,2 %	691
TOTAL	1901	91 %	187	9 %	2088

(localisation géographique, proximité avec d'autres structures, etc.) et les aspects administratifs (politiques de recrutement) et structurels (taille, matériel et fonctionnement) expliquant la présence ou l'absence de PADHUE au sein des hôpitaux publics de la région.

Le recueil effectué a de plus permis d'obtenir de nombreuses informations sur les médecins diplômés hors UE (sexe, année et pays de naissance, pays d'obtention du doctorat, nationalité, spécialité, statut hospitalier, etc.) (voir Tableau 2).

En fin de compte, l'analyse des données quantitatives met en lumière la situation hospitalière de la région Poitou-Charentes, tout en apportant de nombreuses informations sur les profils des PADHUE, leur nombre et leur localisation géographique.

...à l'enquête biographique

Dans l'objectif de saisir la dynamique des processus en interaction dans un parcours biographique, j'ai décidé de mettre au point une enquête en tenant compte de la littérature portant sur les différents outils d'enquête, tels que les travaux du Groupe de réflexion sur l'approche biographique (GRAB, 1999, 2006), de Bertaux (2005), de Courgeau (1985, 2004) ou encore de Blanchet et Gotman (2010). Ces travaux se rejoignent sur le point qu'il est très difficile d'arriver à saisir l'ensemble des éléments qui construisent la biographie d'un individu. « La complexité des phénomènes qui jouent sur les comportements démographiques et sociaux rend donc nécessaire la mise

Tableau 2

Effectif et pourcentage par lieu d'obtention du doctorat des PADHUE en exercice dans les hôpitaux publics de la région Poitou-Charentes au 1^{er} janvier 2011

Lieu d'obtention du doctorat	Effectif	Pourcentage
Afrique du Nord (Maghreb + Égypte)	107	57,22 %
Afrique Noire	33	17,65 %
Moyen-Orient	30	16,04 %
Asie	4	2,14 %
Europe (incluant la Russie)	9	4,81 %
Amérique du Sud	3	1,60 %
Donnée manquante	1	0,53 %
TOTAL	187	100 %

en œuvre d'outils spécifiques permettant d'appréhender les rythmes d'évolution multiples et imbriqués de ces différents phénomènes » (GRAB, 1999, p. 1).

Au regard de la population enquêtée, il fallait que j'élabore un outil pouvant recueillir le parcours biographique d'un individu en une seule rencontre et en un minimum de temps tout en s'assurant que les données biographiques recueillies soient les plus fiables possible. Ainsi, ma méthodologie d'enquête a été inspirée par l'enquête *Triple biographie : familiale, professionnelle et migratoire* réalisée par Courgeau en 1981 et par le questionnaire matriciel de l'enquête *Mobilité spatiale à Bogota et dans trois villes du Casanare (Colombie)* réalisé par Dureau et Florez dans les années 1990 et publié en 1999.

J'ai choisi ce type de méthodologie d'enquête parce qu'elle permet de récolter simultanément les trajectoires individuelles dans trois domaines (familial, professionnel et migratoire). L'objectif est de cerner comment un événement familial ou professionnel, pour un individu donné, modifie la probabilité des autres événements de son existence. Ce type d'enquête offre donc la possibilité de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'interaction de facteurs engendre un espace/temps propre à chaque situation.

J'ai également associé à cette méthode d'enquête une matrice biographique pour « restituer l'enchaînement d'événements qui constituent autant de repères pour le sujet, mais qui correspondent aussi à des moments de basculement dans une situation

nouvelle faisant appel à d'autres logiques d'action » (Billiard, Debordeaux, & Lurol, 2000, p. 6).

Cet outil de collecte présente de nombreux avantages :

- Les données sont recueillies de façon chronologique, de la naissance jusqu'au moment de l'enquête.
- La correspondance entre les années et l'âge de l'individu est une façon de faire qui limite les erreurs. De plus, lorsque des personnes se remémorent des événements anciens, certains se souviennent plus facilement des années et d'autres de leur âge.
- Le fait de compléter les données familiales sur une grille à part limite également les erreurs puisque la confrontation des deux grilles fait immédiatement ressortir les éventuelles incohérences dans le parcours de l'individu enquêté.

Un autre apport important de ce matériau est qu'il sert à connaître le sens que chaque individu accorde aux différentes périodes de sa vie, tout en fournissant de précieuses informations contextuelles. Cette méthodologie présente l'intérêt d'articuler des données d'ordre structurel et d'ordre personnel où interagissent des expériences subjectives et des faits objectifs (Billiard et al., 2000).

La matrice biographique que j'ai utilisée est composée de deux grandes grilles et d'un tableau :

- **Une première grille** a été bâtie pour récolter toutes les informations concernant les lieux de résidence et les données professionnelles. Pour la partie s'intéressant aux lieux de résidence, je notais tous les changements de pays, de villes, mais également de logements et de type d'occupation du logement. Parallèlement, je recueillais les informations professionnelles. Celles-ci concernent le parcours universitaire de l'individu, le suivi de son parcours professionnel, le ou les métiers de l'individu, son ou ses lieux d'emploi et éventuellement ses différents statuts au sein des établissements qui l'ont employé et l'emploient actuellement. Enfin, dans une colonne intitulée « autre », je notais les événements particuliers tels que l'obtention de la nationalité française (voir Figure 2).
- **Une seconde grille** a servi à recueillir les données d'ordre familial. Ce tableau contient des renseignements sur les parents de l'enquêté, sur le ou les conjoints de l'individu et éventuellement sur ses enfants (voir Figure 3).
- **Un tableau** était utilisé pour noter des informations sur les frères et sœurs de l'enquêté (voir Figure 4).

Finalement, la matrice biographique s'est révélée être un outil de collecte de données opérationnel et particulièrement adapté aux praticiens.

Matrice biographique PADHUE

Numéro de la personne enquêtée : 2.14 Date : 10/10/2012 Heure : 09h 15

	Années 1	A G E	Lieux de résidence 2		F o y e r 4	Type o c c u p a t i o n du foyer 4	Etudes 5	Professions 6			Autre 7
			Pays	Villes				Métiers	Lieux d'emploi	statuts	
1/ En quelle année est née la personne ?	1957	00	MAROC	CASABLANCA	1	1					
2/ Quelles sont ces changements de lieux de résidence ?	1958	01									
	1959	02									
	1960	03									
	1961	04									
3/ Avec qui vivait ou vit la personne ?	1962	05									
(1) parents,	1963	06									
(2) père,	1964	07									
(3) mère,	1965	08									
(4) autres membres de la famille,	1966	09									
(5) soeurs,	1967	10									
(6) colocataires,	1968	11									
(7) autres lieux,	1969	12									
(8) mari ou femme,	1970	13									
(9) mari ou femme avec enfant(s),	1971	14									
(10) seul avec enfant(s),	1972	15									
(11) autre,	1973	16									
4/ Le foyer est :	1974	17									
(1) une propriété,	1975	18									
(2) une location,	1976	19									
(3) un logement à l'hôtel,	1977	20									
(4) autre...	1978	21									
	1979	22					E				

1

	Années 1	A G E	Lieux de résidence 2		F o y e r 4	Type o c c u p a t i o n du foyer 4	Etudes 5	Professions 6			Autre 7
			Pays	Villes				Métiers	Lieux d'emploi	statuts	
5/ Études et diplômes	1980	23									
6/ Les professions de la personne, les lieux d'emploi et les statuts	1981	24									
	1982	25									
	1983	26									
	1984	27									
	1985	28									
	1986	29									
	1987	30									
	1988	31									
	1989	32									
7/ Evénements particuliers comme :	1990	33									
(1) l'obtention de la nationalité française,	1991	34	FRANCE	ROYAN	9	2	F	Urgentiste	CH ROYAN	FFI	
(2) l'obtention de la nationalité française,	1992	35									
(3) l'obtention de la nationalité française,	1993	36									
(4) l'obtention de la nationalité française,	1994	37									
(5) l'obtention de la nationalité française,	1995	38									
(6) l'obtention de la nationalité française,	1996	39									
(7) l'obtention de la nationalité française,	1997	40									
(8) l'obtention de la nationalité française,	1998	41									
(9) l'obtention de la nationalité française,	1999	42									
(10) l'obtention de la nationalité française,	2000	43									
(11) l'obtention de la nationalité française,	2001	44									
(12) l'obtention de la nationalité française,	2002	45									
(13) l'obtention de la nationalité française,	2003	46									
(14) l'obtention de la nationalité française,	2004	47									
(15) l'obtention de la nationalité française,	2005	48									
(16) l'obtention de la nationalité française,	2006	49									

* Nationalité Française

(Chef de Service)

2

Figure 2. Extrait de la première grille d'une matrice biographique complétée.

→ Commerçants

Famille s

Hors des Feiges

Années	A G E	Père	Mère	Conjoint 1	Conjoint 2	Conjoint 3	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4	Enfant 5	Enfant 6	Enfant 7
		Amis.	Amis.	Amis.	Amis.	Amis.							
		1913	1930	1965			IX	HU	HU	HU	HU	HU	HU
		C O M U N I O N	V I E C O M U N I O N	V I E C O M U N I O N	C O M U N I O N	V I E C O M U N I O N	VIE	C O M VIE	C O M VIE	C O M VIE	C O M VIE	C O M VIE	C O M VIE
1957	00												
1958	01												
1959	02												
1960	03												
1961	04												
1962	05												
1963	06												
1964	07												
1965	08												
1966	09												
1967	10												
1968	11												
1969	12												
1970	13												
1971	14												
1972	15												
1973	16												
1974	17												
1975	18												
1976	19												
1977	20												

- Famille COM :
(il s'agit de la vie commune de la personne espagnole)
- V pour le début ou la fin d'une vie commune avec parent(s), conjoint(s), ou enfant(s).
- F pour la fin d'une vie commune.

Colonne UNION :
- U pour le début d'une union.
- F pour la fin d'une union.

Colonne VIE :
- N pour une naissance.
- D pour un décès.

Figure 3. Extrait de la deuxième grille d'une matrice biographique complétée.

Posture adoptée au sein des hôpitaux

Durant mon travail de terrain, j'ai décidé de ne pas effectuer d'entretiens dans plusieurs hôpitaux à la fois afin d'étudier la situation des établissements les uns après les autres. C'est uniquement lorsque j'avais achevé les entretiens dans une structure que j'en contactais une autre. Lorsque j'arrivais dans un nouvel établissement, je commençais toujours par m'entretenir avec un responsable administratif (directeur de l'hôpital, directeur des ressources humaines, etc.). Au total, 16 entretiens ont été menés. Après avoir informé le responsable sur le déroulement de ma recherche et de la confidentialité du rendez-vous, la rencontre prenait la forme d'un entretien semi-directif où étaient abordées des thématiques communes pour tous les établissements afin de connaître la situation globale de chaque structure (nombre de médecins, services, etc.). Toutefois, en fonction des résultats du recueil de données quantitatives ou encore des réponses apportées par le responsable, je me laissais la liberté d'approfondir certains points afin de saisir au mieux le fonctionnement et la situation de chaque hôpital. L'ensemble des rendez-vous s'est déroulé de manière très satisfaisante. Toutefois, il m'est arrivé de sentir un certain embarras de la part de responsables administratifs lorsque je les questionnais sur la politique de recrutement des PADHUE de leur hôpital ou encore sur leurs échelons de rémunération. Quelques-

Informations sur les frères et sœurs de l'enquêté(e):

	Sexe	Année de naissance	Pays de résidence	Ville de résidence	Profession
Frère ou sœur 1	H ☐ F ☒	1951	MAROC	CASA BLANCA	Employé de Banque
Frère ou sœur 2	H ☐ F ☒	1954	MAROC	CASA BLANCA	Mari au foyer
Frère ou sœur 3	H ☒ F ☐	1956	MAROC	CASA BLANCA	Architecte
Frère ou sœur 4	H ☒ F ☐				
Enquête					
Frère ou sœur 5	H ☐ F ☒	1958	MAROC	CASA BLANCA	Fonctionnaire
Frère ou sœur 6	H ☐ F ☒	1964	MAROC	CASA BLANCA	Fonctionnaire
Frère ou sœur 7	H ☒ F ☐	1966	MAROC	CASA BLANCA	Compositeur
Frère ou sœur 8	H ☐ F ☒	1968	ETATS-UNIS	KANSAS	Fonctionnaire
Frère ou sœur 9	H ☒ F ☐	1969	HOLLANDE	-	Recherche d'emploi
Frère ou sœur 10	H ☐ F ☐				

Informations complémentaires sur la famille :

Pas de famille en France

7

Figure 4. Extrait du tableau d'une matrice biographique complétée

uns n'ont d'ailleurs pas hésité à me dire que mon objet d'étude les dérangeait dans le sens où ils étaient conscients d'employer des médecins sous des statuts précaires. À l'issue de ces rendez-vous, les responsables me mettaient généralement en contact avec des médecins, qui eux-mêmes me mettaient en relation avec d'autres collègues. Cette démarche déclenchait un effet « boule de neige » au sein des différents établissements.

Durant la phase de terrain au sein des hôpitaux, j'ai rapidement remarqué que la plupart des personnes travaillant à l'hôpital (secrétaires médicales, infirmières, etc.) me prenaient pour une représentante de laboratoire pharmaceutique. Après avoir expliqué en vain ma vraie situation, j'ai décidé de ne plus réfuter les représentations que l'on se faisait de moi. Cette étiquette a toutefois eu ses avantages puisque j'ai ainsi pu obtenir des rendez-vous plus rapidement avec les médecins et circuler librement dans l'hôpital sans induire des changements de comportement du personnel hospitalier. Les prises de rendez-vous par téléphone se sont également avérées assez simples, car les secrétaires me donnaient un rendez-vous ou me mettaient immédiatement en lien avec la personne demandée dès que je prononçais le mot « laboratoire » en me présentant. D'un point de vue éthique, je ne considère à aucun moment avoir été dans une position de tromperie,

mais plutôt dans une posture « conforme » au lieu dans lequel j'évoluais. En effet, je n'étais pas à l'origine de l'image que les gens se faisaient de moi, mais surtout, à aucun moment je ne me suis servie de cette image pour accéder à des services ou obtenir des informations auxquelles je ne devais pas avoir accès. L'essentiel à mes yeux était de ne pas obtenir de silences ou d'informations biaisées de la part du personnel hospitalier. À ce titre, la solution la plus naturelle était de devenir « invisible » en acceptant simplement que l'on me place au sein de la hiérarchie hospitalière.

En fin de compte, grâce à une technique d'enquête adaptée et à une posture me permettant de me fondre au sein du milieu hospitalier j'ai pu faire une observation attentive de chaque établissement tout en réalisant de nombreux entretiens.

Remplissage de la matrice biographique

Les 52 entretiens réalisés avec des PADHUE se sont déroulés de façon identique. En premier lieu, je les informais sur l'objet et le cadre de ma recherche, sur la façon dont allait se dérouler l'entretien ainsi que sur le fait que celui-ci allait être traité de manière confidentielle. Je leur expliquais qu'avant de les interroger sur des points précis, j'allais d'abord remplir une matrice biographique dont le but est d'obtenir un appui visuel de l'ensemble de leur parcours. En second lieu, après avoir obtenu leur accord, je commençais à enregistrer la conversation au moment où j'entamais le remplissage de la matrice biographique. Je recueillais toujours en premier les données d'ordre familial avant de passer à la reconstitution du parcours migratoire et professionnel. Une fois la matrice remplie, je basculais vers un entretien semi-directif. Celui-ci se composait de questions communes à l'ensemble des médecins et de questions plus spécifiques en fonction du parcours de chacun. Tous les entretiens ont été réalisés en tête à tête au sein des structures hospitalières (salle de réunions, urgences, etc.). En moyenne, les entretiens duraient 1 heure 30 minutes. Même si quelques fois nous avons été dérangés (sonnerie du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), appels téléphoniques, etc.), les rendez-vous se sont déroulés de manière très satisfaisante. Sur l'ensemble des praticiens rencontrés, un seul n'a pas souhaité être enregistré et un autre n'a pas voulu participer. À l'inverse, de nombreux médecins expliquaient l'intérêt qu'ils portaient à participer à cette recherche et ils n'hésitaient pas à raconter leur parcours sans tabous. Le manque de disponibilité des médecins a parfois entraîné quelques difficultés. Par conséquent, ils acceptaient d'être rencontrés pendant qu'ils étaient en service pour les urgentistes, avec le risque de devoir partir à tout moment en cas d'urgence, ou avant ou après leurs consultations pour les autres. Mises à part ces quelques difficultés liées à la profession, je tire un bilan positif des entretiens avec l'ensemble des praticiens.

In fine, l'élaboration d'une enquête mêlant différents recueils de données m'a permis de construire une forme novatrice de méthodologie appliquée dans les hôpitaux et particulièrement adaptée au recueil des parcours de vie des praticiens. Les données

obtenues renferment des informations pertinentes sur le déroulement des trajectoires professionnelles de médecins et le fonctionnement des structures hospitalières françaises, mais elles ont de plus rendu possible la création de cartographies de parcours.

Les principaux résultats issus de l'enquête biographique

L'enquête biographique réalisée auprès des PADHUE retrace les parcours migratoires, professionnels et familiaux de ces praticiens de leur naissance jusqu'au moment de l'entretien. Elle porte également sur les facteurs, les causes et les éléments qui se sont déroulés tout au long de la vie des individus rencontrés. Ayant une portée de projection, cette méthodologie d'enquête expose ainsi les projets migratoires, de leur version initiale à leur forme redéfinie au moment de l'enquête.

Les projets migratoires et le point de vue des migrants

Dans le domaine des migrations internationales, de nombreux chercheurs, tels que Cortes et Faret (2009), s'accordent à dire que les migrations prennent actuellement place dans une grande complexité, en raison de la multitude de facteurs intervenant dans l'élaboration d'un projet. Face à ce constat, j'ai donc cherché à étudier minutieusement les projets migratoires des médecins à diplôme extra-européen ainsi que l'évolution de ces mêmes projets. L'utilisation de la matrice biographique s'est révélée pertinente, car le recueil du parcours de vie d'un individu de façon chronologique permet facilement d'extraire les événements (mariage, conflit dans le pays d'origine, changement de statut, etc.) ayant eu pour conséquence de modifier le projet migratoire élaboré au moment de la venue en France. De plus, le recueil du déroulement du parcours dans trois domaines empêche de se focaliser sur la seule carrière professionnelle du praticien et analyse plutôt l'ensemble des éléments venus nourrir et orienter son parcours.

L'étude des projets initiaux met en avant deux principaux résultats. Tout d'abord, la majorité des médecins sont venus en France de façon temporaire afin de réaliser des diplômes de spécialisation : « Moi, l'objectif en arrivant ici c'était d'avoir ma spécialité en France, changer un peu d'air [...] basta et je repars. Ça, c'était mon objectif » (Medhi, homme, 35 ans, né et diplômé en Tunisie, arrivé en France en 2001).

Mais au-delà de cette raison presque commune à tous les enquêtés, j'ai remarqué qu'une grande diversité d'éléments (personnels, familiaux, politiques, historiques, etc.) est venue s'ajouter et compléter leur projet initial : « Moi, si je suis venu en France ce n'est pas par amour de la France. Je suis venu parce que j'étais menacé en Algérie par les terroristes » (Idris, homme, 53 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1990).

Malheureusement, c'est juste la maladie de ma femme qui fait qu'on est venu en France [...] Il fallait prendre une décision donc j'ai vendu ma

voiture et avec l'argent de la voiture, on a loué un appartement en France (Tarek, homme, 54 ans, né au Maroc et diplômé en Algérie, arrivé en France en 2004).

L'arrivée en France de PADHUE à partir des années 1980 est donc le résultat d'un large éventail de raisons individuelles associées à une législation permettant la formation de spécialistes diplômés à l'étranger en France.

Durant les entretiens, les médecins ont évoqué leur ressenti et l'évolution de leur regard tout au long de leur expérience en France. L'ensemble de ces informations m'a permis d'analyser les satisfactions et les désillusions de ces praticiens vis-à-vis du système de santé français. D'une manière générale, ils expriment avoir ressenti une certaine déception lors de leurs premières années de travail en France. En effet, ces praticiens connaissent des formes de précarisation liées à la discrimination légale qu'ils subissent durant la période où ils ne possèdent pas le plein exercice de la médecine (Rohi, 2003). « Nous sommes à usage unique, du personnel à usage unique. Il y a du boulot, on t'embauche, après il n'y a pas de boulot, tu vas dehors » (Carlos, homme, 60 ans, né et diplômé en Colombie, arrivé en France en 1992).

Moi je suis toujours considéré comme la dernière roue du carrosse de l'hôpital qui est là, à faire tout ce que les autres ne veulent pas faire. Je vous dis la vérité, si c'est trop sale, si ça pue, on me dit : « ça te dit de faire ça? » (Jules, homme, 60 ans, né en République centrafricaine et diplômé en URSS, arrivé en France en 1983).

La plupart des PADHUE disent vivre un quotidien éreintant durant cette période. Entre la « nécessité » de devoir justifier leurs compétences auprès du personnel hospitalier et les réflexions racistes de certains de leurs homologues français, des médecins expliquent avoir vécu des moments psychologiques difficiles, les poussant parfois à abandonner des projets ou à revoir leur carrière professionnelle à la baisse. Bien que de nombreux PADHUE disent que la législation spécifique les contraint pendant plusieurs années à être corvéables et révocables à merci, la plupart d'entre eux indiquent être fiers de leur parcours professionnel et de ce qu'ils accomplissent en France. « Oui, je suis fier de moi, honnêtement je suis fier de moi parce que malgré tous les obstacles je suis arrivé à m'en sortir » (Assim, homme, 52 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1988).

Effectivement, la majorité des praticiens ressentent un soulagement, mais également une certaine fierté lorsqu'ils arrivent à intégrer pleinement le corps médical français. Cette intégration professionnelle est d'ailleurs une des principales raisons de leur installation en France. J'ai ainsi pu constater que ces médecins n'échappent pas à la « règle » du quasi impossible retour au pays qui touche tous les migrants de longue date. « On rencontre la femme de sa vie et puis voilà on reste, c'était ça » (Nacer, homme, 57 ans, né et diplômé au Maroc, arrivé en France en 1982).

J'ai repoussé mon retour en Algérie parce que ça a duré quand même cinq ou six ans cette histoire (la guerre civile). Puis c'est le mariage avec mon épouse. Puis c'était un peu difficile de changer complètement de vie parce que le fait d'être attaché à une personne et puis commencer à avoir des enfants, c'est un peu difficile de changer. Et puis le pays aussi il était quand même dans un état lamentable (Kamel, homme, 48 ans, né et diplômé en Algérie, arrivé en France en 1991).

Entre les raisons qui les incitent à rester en France et les raisons qui bloquent le retour dans leur pays d'origine, la majorité des médecins admettent qu'ils ne réaliseront pas leur projet initial et qu'ils finiront certainement leur carrière professionnelle en France. Ainsi, comme le dit Breviglieri, « en réalité, tout déplacement migratoire a la potentialité de réorienter l'existence et de marquer un tournant de vie radical et définitif » (2010, p. 67).

Cette étude des projets migratoires des médecins, de leur expérience et de leur ressenti met en avant le fait que le contexte français, la législation spécifique et les multiples facteurs ont consécutivement amené les PADHUE à venir temporairement exercer en France, à devenir « invisibles » puis à redéfinir leur projet en intégrant le corps médical et en s'installant durablement en France.

Finalement, les projets de ces migrants hautement qualifiés et la législation spécifique concernant les professionnels de santé en France ont engendré des parcours professionnels particuliers et uniques que j'ai pu cartographier et analyser très finement grâce aux matrices biographiques complétées avec les médecins.

Des parcours professionnels complexes

À travers cette dernière sous-partie, je vais m'arrêter sur les grandes lignes de l'analyse des parcours des PADHUE. Pour Lochard, Meilland et Viprey, le « cadre réglementaire général dont dépend largement la question des médecins à DE (diplôme étranger) induit pour ces derniers des trajectoires professionnelles particulières, exposées à la précarité et à diverses formes de déclassement » (2007, p. 85). Selon ces auteurs, le caractère spécifique des parcours de ces praticiens serait principalement lié à la législation à laquelle ils sont soumis. J'ai donc choisi de me focaliser sur le déroulement et les différentes étapes des parcours de ces médecins. Leur analyse m'a permis d'extraire les facteurs et les événements qui orientent et guident les médecins diplômés en dehors de l'Union européenne. Elle m'a servi à identifier les opportunités et les contraintes rencontrées par ces praticiens, ainsi que les stratégies qu'ils mettent en place durant leur carrière pour intégrer le corps médical français. Cette analyse m'a également été utile pour saisir l'incidence de la législation spécifique sur chacune des étapes des trajectoires individuelles ainsi que sur les équilibres familiaux des individus.

Pour analyser ces processus sociaux complexes, il m'était nécessaire de disposer de données fines sur la vie des individus (Vivier, 2006). Rappelons que c'est dans ce

but que j'avais élaboré la matrice biographique. Cette méthodologie m'a offert la possibilité d'avoir une lecture plus individualisée des parcours et de confronter le sens que les individus confèrent au déroulement de leur vie.

En fin de compte, il ressort de l'analyse des parcours que la législation spécifique aux médecins diplômés hors UE les enferme en dehors du cadre commun. Le déroulement de leur parcours professionnel diffère de ceux des médecins diplômés en France, car ils connaissent souvent des changements de villes ou d'établissements durant leur carrière professionnelle. Leurs discours et l'étude de leur parcours ont révélé des carrières surprenantes de complexité et d'adaptation, forgées de nombreuses étapes dont l'objectif est d'intégrer complètement le corps médical. De la grande mobilité spatiale (voir Figure 5, parcours d'Olivier) au changement temporaire des fonctions ou de spécialités (voir Figure 6, parcours de Gabriel), ces médecins font preuve d'une forme constante d'adaptation forgée d'opportunités, d'ingéniosité, de stratégies ou encore de coups du hasard.

On se débrouillait pour trouver les stages, on pouvait les trouver dans d'autres départements alors du coup ça nous obligeait à parcourir de longues distances. Parce qu'en fait on donnait les postes d'abord aux internes français et s'ils n'avaient pas choisi les postes alors là on pouvait aller chercher chez les étrangers. Donc on faisait tout ce parcours un peu bizarroïde (Jules, homme, 60 ans, né en République centrafricaine et diplômé en URSS, arrivé en France en 1983).

Je me suis rendu compte que ça allait être compliqué de trouver un poste d'hémo donc j'ai cherché à trouver une spécialité où je peux exercer, où il y a beaucoup d'offres dans la région et j'ai vu que c'est la gériatrie (Régis, homme, 43 ans, né et diplômé au Bénin, arrivé en France en 2002).

La grande précision des parcours recueillis des praticiens m'a notamment permis de réaliser une typologie descriptive exposant les principaux profils de médecins tout en interrogeant la dimension volontaire de la pratique d'une spécialité par les praticiens. Finalement, l'étude de l'ensemble des parcours des médecins a mené au constat commun que le cadre juridique – auquel ces médecins sont soumis – interfère et influence le déroulement des parcours des PADHUE.

Conclusion

Ce travail a proposé de croiser géographie des migrations internationales et géographie de la santé pour étudier une catégorie de médecins particulière en France : les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE). Au fil de l'article, la pertinence du choix d'une méthodologie combinant le recueil de données quantitatives et qualitatives à une échelle régionale a été démontrée pour l'étude de ces migrants

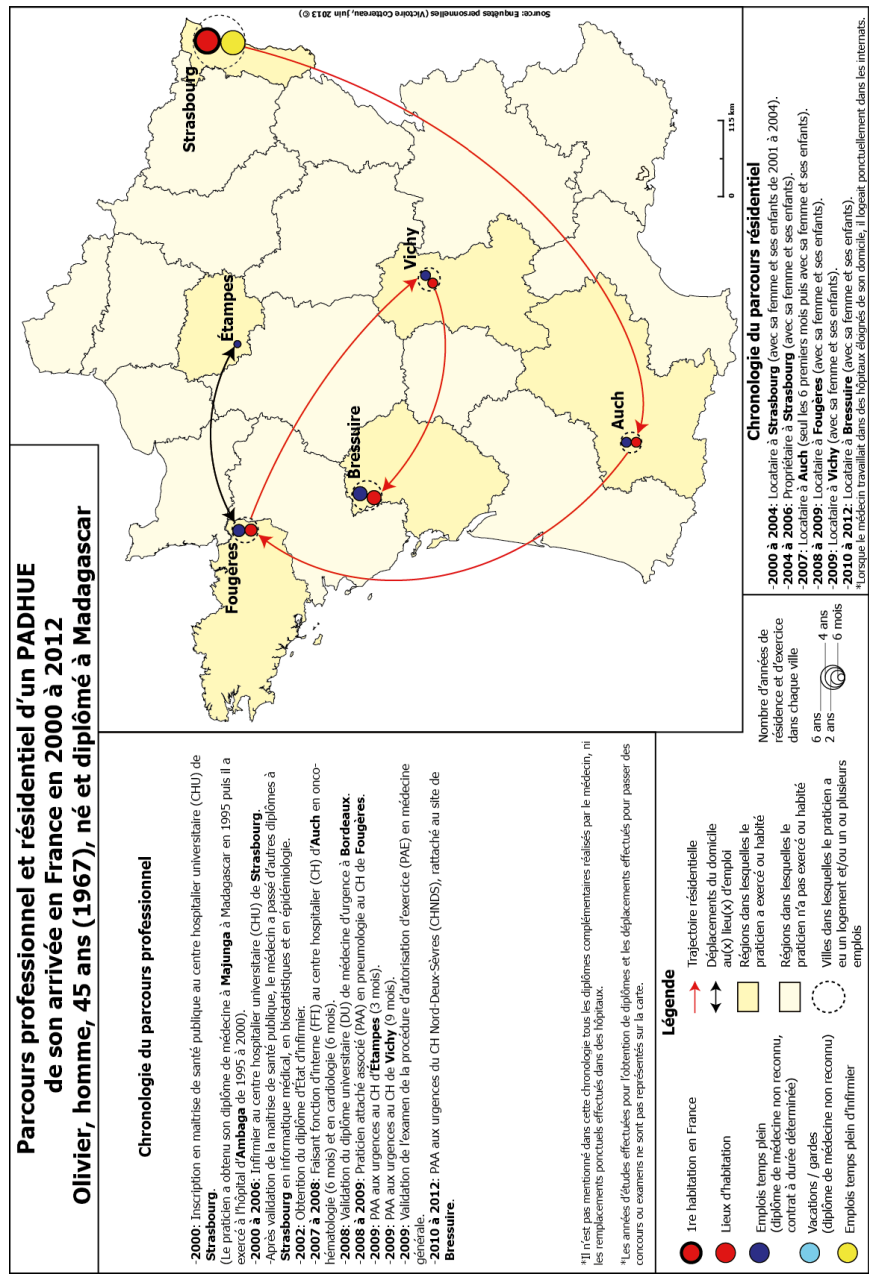


Figure 5. Cartographie du parcours d'Olivier.

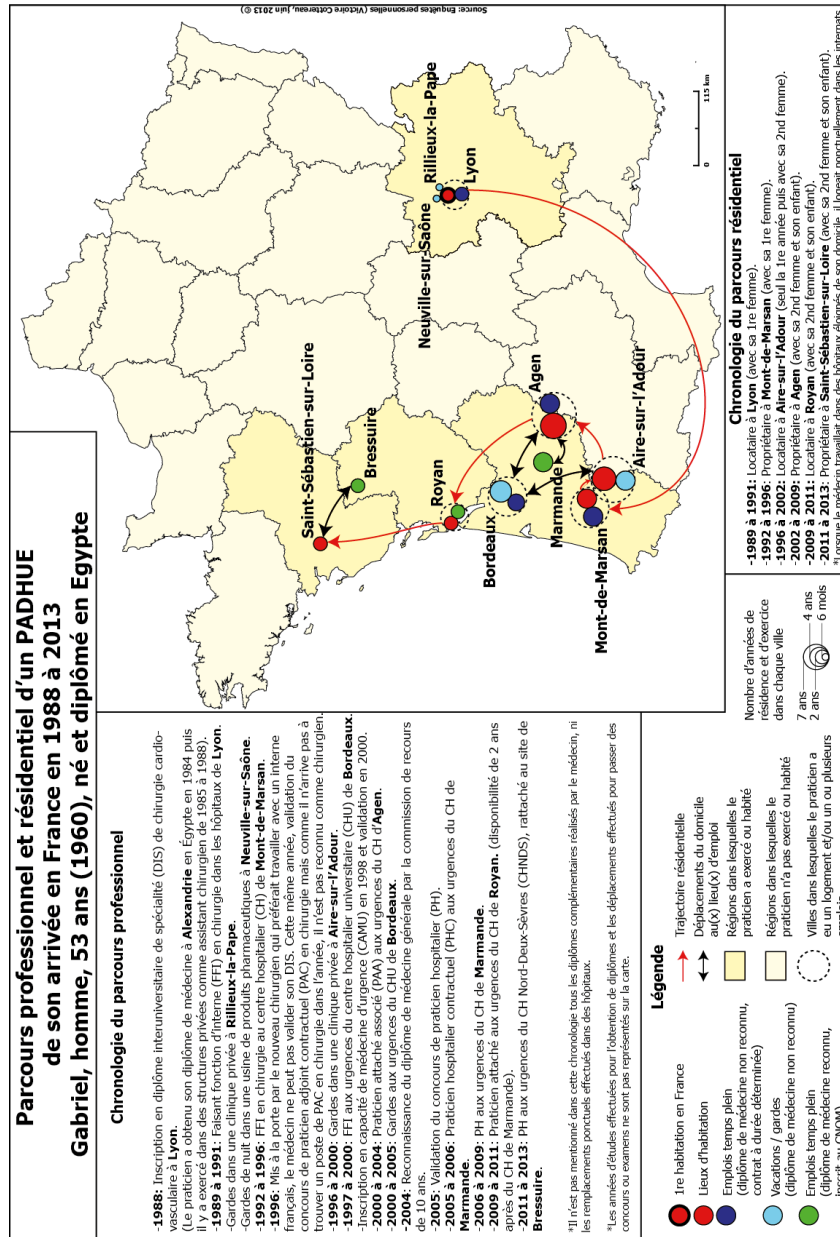


Figure 6. Cartographie du parcours de Gabriel.

hautement qualifiés. Tout d'abord, la production d'un recensement pour la région Poitou-Charentes a servi à rassembler des informations qui offrent un tableau complet et précis de la place de ces praticiens dans les hôpitaux publics et, plus largement, de leur influence au sein du système de santé. Ensuite, la réalisation d'une enquête biographique auprès de ces médecins a permis de recueillir simultanément les trajectoires individuelles dans trois domaines (familial, professionnel et migratoire) puis de comprendre les pratiques de mobilité des individus, sans avoir une lecture limitée à leur pratique professionnelle. Cette méthodologie a ainsi conféré une grande précision quant aux données obtenues, tant sur le déroulement des carrières de médecins que sur l'organisation des établissements hospitaliers français. De façon transversale, des processus ont été mis en lumière en remettant les parcours de vie de ces personnes dans leurs dimensions spatiales et sociales.

In fine, l'élaboration d'une méthode qualitative suivie mêlant une collecte de données quantitatives, des entretiens auprès de responsables administratifs et une enquête biographique auprès des PADHUE constitue une forme innovante de méthodologie appliquée dans les hôpitaux qui a généré de nombreux résultats.

Notes

¹ Cet article se base sur un travail de thèse effectué au sein du laboratoire MIGRINTER (UMR CNRS 7301) sous la direction d'Emmanuel Ma Mung et d'Anne-Cécile Hoyez. Cette recherche doctorale a été financée par la Mission Recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (MIRE-DREES).

² Les PADHUE qui n'ont pas exercé en France avant le 3 août 2010 ne sont pas autorisés à travailler en France.

³ Directive 75/362/CEE du Conseil des communautés européennes de 1975.

⁴ Décret n° 81-291 du 30 mars 1981 et décret n° 87-788 du 28 septembre 1987.

⁵ Création du diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS). Ce diplôme était uniquement à destination des étrangers autres que les ressortissants de la Communauté économique européenne et les Andorrans titulaires d'un diplôme de médecin permettant l'exercice de la médecine dans le pays d'obtention ou d'origine.

⁶ Automatisation des listes (ADELI). Il s'agit d'un système d'information national sur les professionnels de santé.

⁷ Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.

Références

Bertaux, D. (2005). *Le récit de vie*. Paris : Armand Colin.

Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *L'entretien : L'enquête et ses méthodes*. Paris : Armand Colin.

- Billiard, I., Debordeaux, D., & Lurol, M. (2000). *Vivre la précarité : Trajectoires et projets de vie*. Paris : Édition de l'Aube.
- Bonnici, B. (1998). *L'hôpital : Enjeux politiques et réalités économiques*. Paris : Les Études de la Documentation française.
- Breviglieri, M. (2010). De la cohésion de vie du migrant : Déplacement migratoire et orientation existentielle. *Revue européenne des migrations internationales*, 26(2), 57-76.
- Cash, R., & Ulmann, P. (2008). *Projet OCDE sur la migration des professionnels de santé : Le cas de la France* [Rapport pour la direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales]. Paris : OCDE.
- Chasles, V. (2012). Les flux internationaux de personnel de santé, une illustration des inégalités de développement. *Géconfluences*. Repéré à <http://geconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteScient3.htm>
- Contandriopoulos, A.-P., & Souteyrand, Y. (1996). *L'hôpital stratège*. Paris : John Libbey Eurotext.
- Cortes, G., & Faret, L. (2009). *Les circulations transnationales : Lire les turbulences migratoires contemporaines*. Paris : Armand Colin.
- Cottereau, V. (2010). *Les parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE), l'exemple du centre hospitalier Nord-Deux-Sèvres* (Mémoire de Master 2). Université de Poitiers, Poitiers, France. Repéré à <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00708099/document>
- Cottereau, V. (2015). *Les « invisibles » de l'hôpital : Parcours et projets migratoires des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) dans la région Poitou-Charentes* (Thèse de doctorat). Université de Poitiers, Poitiers, France. Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01271698/document>
- Courgeau, D. (1981). *Triple biographie : Familiale, professionnelle et migratoire*. Repéré à http://www.ined.fr/grab/ms3_chapitres/m_et_s_3_chapitre_2.pdf
- Courgeau, D. (1985). Bases théoriques et modèles pour une enquête sur la biographie familiale, professionnelle et migratoire. *Espace, populations, sociétés*, 1(3), 240-247.
- Courgeau, D. (2004). *Du groupe à l'individu : Synthèse multiniveau*. Paris : Institut National d'Études Démographiques.
- Dureau, F., & Florez, C.E. (1999). Enquêtes « mobilité spatiale à Bogota et dans trois villes du Casanare » (Colombie). Dans A. Philippe, C. Bonvalet, D. Courgeau, F. Dureau, & E. Lelièvre (Éds), *Biographies d'enquêtes : Bilan de 14 collectes biographiques* (pp. 241-278). Paris : Presses universitaires de France.

- Groupe de réflexion sur l'approche biographique (GRAB). (1999). *Biographies d'enquêtes : Bilan de 14 collectes biographiques*. Paris : PUF/DIFFUSION.
- Groupe de réflexion sur l'approche biographique (GRAB). (2006). *États flous et trajectoires complexes : Observation, modélisation, interprétation*. Paris : INED.
- Hartzfeld, C., Boidé, M., & Baumelou, A. (2009). Professionnels de santé non citoyens européens et/ou à diplôme non communautaire : Leur difficile intégration dans le système français, cas des médecins et des infirmiers. *Hommes et migrations*, 1282, 90-101. Repéré à <https://hommesmigrations.revues.org/452>
- Jabot, F., & Demeulemeester, R. (2005). Les interactions entre les niveaux national, régional et infrarégional dans les programmes de santé publique. *Santé publique*, 17, 597-606.
- Krasteva, A., & Vasilcu, D. (2014). *Migrations en blanc. Médecins d'est en ouest*. Paris : L'Harmattan.
- Lochard, Y., Meilland, C., & Viprey, M. (2007). La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail. Les effets d'une discrimination institutionnelle. *Revue de l'Institut de recherches économiques et sociales (IRES)*, 53, 83-110.
- Marcus, E. (2010). Ethnographie du/dans le système monde : L'émergence d'une ethnographie multisituée. Dans D. Cefaï (Éd.), *L'engagement ethnographique* (pp. 371-395). Paris : EHESS.
- Mintandjian, A. (2015). *Étude des déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes en Île-de-France : Étude de cohorte* (Thèse de doctorat inédite). Université Paris Descartes, Paris, France.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2010). *Les migrations internationales des personnels de santé : Améliorer la coopération internationale pour faire face à la crise mondiale*. Paris : OCDE.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2006). *Travailler ensemble pour la santé*. Genève : OMS.
- Panel, P. (2007). L'hôpital public. Ses contradictions, ses mutations. *Études*, 10(407), 319-330. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-etudes-2007-10-page-319.htm>
- Pian, A. (2012). Un terrain dit « sensible » dans le champ des migrations : Réflexivité sur une expérience marocaine. *e-migrinter*, 9, 79-90. Repéré à <https://e-migrinter.revues.org/776>
- Picheral, H., & Vigneron, E. (1996). La mobilité des médecins en France : Du lieu de formation au lieu d'exercice. *Espaces, populations, sociétés*, 14(1), 45-54. Repéré à http://www.persee.fr/doc/espos_0755-7809_1996_num_14_1_1728

- Rohi, D. (2003). *Discriminations légales et précarité : Algériens et Espagnols de France*. Paris : Mission de Recherche Droit et Justice.
- Séchet, R., & Vasilcu, D. (2012). Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice. *Noréis, environnement, aménagement et société*, 2(223), 63-76.
- Simard, M., & Van Schendel, N. (2004). *Les médecins immigrants et non immigrants en régions éloignées au Québec : Processus d'insertion globale et facteurs de rétention*. Montréal : Institut national de la recherche scientifique, Urbanisation, Culture et Société.
- Vigneron, E. (2002). *Pour une approche territoriale de la santé*. Paris : Éditions de l'Aube DATAR.
- Vivier, G. (2006). Comment collecter des biographies? De la fiche Ageven aux grilles biographiques. Principes de collecte et innovations récentes. Dans Actes du colloques de l'Association Internationale des Démographes de Langue Française *Population et travail* (pp. 119-131). Aveiro, Portugal.

***Victoire Cottereau** est titulaire d'un doctorat en géographie. Actuellement, elle est attachée temporaire d'enseignement et de recherche à l'Université de Rouen (UMR IDEES). Elle a réalisé sa thèse sur les migrations des praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) au sein du laboratoire de recherche MIGRINTER à Poitiers. Ses recherches en cours portent sur les mobilités des étudiants français allant effectuer leur cursus de médecine dans d'autres pays européens (Roumanie).*

Chronique d'une ethnographie coopérative. Retour sur une enquête embarquée dans un établissement médico-social

Gabriel Uribelarrea, Doctorant

Université Jean Monnet / Université de Lyon, France

Élodie Jouve, Docteure en ethnologie

Université Jean Monnet / Université de Lyon, France

Résumé

Cet article est la chronique d'une expérience d'ethnographie coopérative conduite dans une structure de Lits halte soins santé (LHSS). Dans une perspective pragmatiste, nous réfléchissons aux différentes formes de coopération qui rythment l'enquête et tentons d'en tirer des conséquences pratiques. Nous souhaitons montrer que l'enquête ethnographique peut avoir une utilité pratique pour les personnes enquêtées sous réserve de penser et de favoriser les conditions de sa réception.

Mots clés

ETHNOGRAPHIE COOPERATIVE, INSTITUTION DE SOINS, SANS-ABRISME, PRAGMATISME

« Mais en fait, à quoi ça sert ton travail? »
Éric, patient de la Villa d'Hestia, 20 avril 2015

Introduction

Dans un texte posthume, Isaac Joseph (2015) formule un plaidoyer pour une « ethnographie coopérative ». À travers cette formule, il nous invite à tirer les conséquences pratiques d'une conception pragmatiste de l'enquête. En effet, si la coopération est inhérente à l'ethnographie, elle « n'est pas seulement d'ordre scientifique : elle peut porter, au-delà, sur la redéfinition de biens publics et la création des modes de leur réalisation » (Cefaï, 2007, p. 44). Penser l'ethnographie coopérative c'est donc se demander à quoi sert l'ethnographie sur le terrain et pour les enquêtés. Quelques réponses ont pu être formulées, par exemple pour penser et participer à la ville « en train de se faire » (Tonnelat, Jolé, & Kornblum, 2007). Néanmoins, cette

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 36(2), pp. 112-132.

LES ENJEUX ACTUELS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE À L'HÔPITAL ET DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

© 2017 Association pour la recherche qualitative

conception de l'enquête reste encore peu discutée. Cet article vise donc à en faire (re)connaître l'intérêt pour la recherche dans les institutions de soins, à partir d'un retour réflexif sur une enquête conduite dans un établissement médico-social pour personnes sans-abri¹. La démarche que nous présentons a été reconstruite *a posteriori* et ne propose pas un modèle reproductible ou un protocole à suivre. En parlant d'ethnographie coopérative, notre objectif n'est pas de proposer une énième méthode de recherche-action. Nous appuyant sur une expérience située, nous souhaitons souligner l'importance des « chaînes de coopération » (Becker, 2010, p. 49) qui rythment l'enquête – dans la collecte des données, l'analyse et la restitution – et insister sur la diversité des acteurs qu'elles impliquent afin de contribuer à une réflexion plus large sur « l'engagement ethnographique » (Cefaï & al., 2010).

De l'accès aux soins des personnes sans-abri à l'alcool

Si cette enquête ethnographique n'a pas été planifiée, elle a néanmoins été guidée par des principes sous-jacents – l'induction analytique, le pragmatisme ethnographique et un souci de symétrie – qui sont au cœur de cette première partie. Ainsi, je pourrai poser le contexte de cette recherche et expliquer comment j'en suis venu à me saisir de la question de l'alcool.

Une enquête ethnographique dans les institutions médico-sociales

L'enquête qui sert de fil rouge à cet article se déroule à la Villa d'Hestia, à Villeurbanne (France). Elle s'inscrit dans le cadre d'une recherche doctorale que j'ai engagée en 2013 sur le problème public de l'accès aux soins des personnes sans-abri dans l'agglomération lyonnaise. Mon enquête repose principalement sur un travail ethnographique dans des institutions qui ont pour mission officielle l'accès aux soins de ce public. Je cherche à décrire et à comprendre le fonctionnement de ces structures dans une perspective « d'induction analytique » (Katz, 2001) où l'objet à expliquer se définit progressivement et parallèlement aux facteurs qui l'expliquent. Concrètement, cela signifie que je mène mon enquête sans grille d'observation ou questions précises. C'est avec le temps que l'objet se précise et que l'observation se spécifie.

Mon premier travail de terrain pour cette thèse a été conduit au sein d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), rattachée à un hôpital lyonnais et qui a la particularité d'être uniquement mobile. Entre octobre 2013 et juillet 2014, j'ai suivi au quotidien les professionnels de cette structure (l'assistante sociale, les deux infirmiers et la médecin) en participant à leurs réunions d'équipe et en les accompagnant lors de leurs rendez-vous avec des personnes sans-abri ou des professionnels. Durant cette période, je me trouvais du « côté » (Becker, 1967) des professionnels – ce qui me permettait de recueillir de nombreux éléments précis sur leurs pratiques et leurs manières de faire. Mais cette démarche avait un revers négatif : je passais trop peu de temps avec les personnes sans-abri pour saisir leurs points de vue et comprendre leurs expériences. Cela me posait problème, car j'avais, dès le début de

ma thèse, un souci de « symétrie » (Barthe & al., 2013) : je souhaitais que mon enquête sur l'accès aux soins se place autant du côté des professionnels que des personnes sans-abri. C'est pourquoi, au bout de dix mois à la Pass mobile – ayant estimé que j'étais arrivé sur ce terrain à une saturation des données –, j'ai décidé de poursuivre mon enquête de terrain dans une autre institution qui me permettrait de rencontrer plus facilement des personnes sans-abri.

Mon choix s'est porté sur la Villa d'Hestia. C'est durant la période que j'ai passée à la Pass mobile que j'ai découvert et poussé pour la première fois la porte de cette structure. À plusieurs reprises, je m'y suis rendu en accompagnant les professionnels à des réunions ou à des rendez-vous avec des « patients », pour reprendre la terminologie utilisée dans ce lieu. Les observations que j'ai pu alors y faire m'ont conduit à penser que l'endroit était idéal pour poursuivre ma recherche. En effet, cet établissement qui a ouvert ses portes en décembre 2007 s'inscrit dans le cadre des Lits halte soins santé (LHSS)² : il s'agit de proposer à des personnes sans-abri un hébergement en même temps que des soins pour une durée (théorique) n'excédant pas deux mois, et ce, après l'orientation d'un médecin. À la Villa d'Hestia, ce sont jusqu'à 30 personnes sans-abri qui peuvent être accueillies. Le fait que cet établissement constitue autant un lieu de soin qu'un lieu d'hébergement me permettait d'approfondir mon enquête sur les institutions d'accès aux soins tout en me donnant l'occasion de rencontrer des personnes sans-abri, de les revoir régulièrement et de passer du temps avec elles. J'ai donc pris contact, en septembre 2014, avec la cadre de santé de la Villa d'Hestia pour y poursuivre mon travail de terrain. Nous nous connaissions et avions eu l'occasion de nous rencontrer à plusieurs reprises lorsque j'accompagnais les professionnels de la Pass mobile. Elle connaissait mon projet de thèse. Je lui ai explicité les raisons pour lesquelles je souhaitais venir à la Villa d'Hestia et j'ai émis l'idée que nous pourrions « *travailler ensemble* », sans plus de précision.

Une conception pragmatiste de l'enquête ethnographique

Généralement, les professionnels de l'institution médicale demandent au chercheur, dès la négociation d'entrée sur le terrain ou au cours de l'enquête, « qu'il leur "restitue" les résultats de sa recherche en contrepartie de leur accueil » (Derbez, 2010, p. 107). Ici, au contraire, c'est le chercheur qui formule cette demande. Dans l'approche pragmatiste dans laquelle je m'inscris, je défends l'idée d'un « pragmatisme ethnographique » (Cefaï, 2010a, p. 466) : si l'ethnographie n'est pas au service de l'action, elle peut néanmoins donner des prises à l'action. À l'instar de Kim Hopper, je pense que « le travail ethnographique reste inachevé s'il s'en tient seulement au moment de la description et du commentaire » (Hopper, 2010, p. 475). Ainsi, le travail descriptif et analytique doit être pensé – au moins en partie – en lien avec les acteurs du terrain afin que l'enquête ethnographique devienne un appui pour engager ou alimenter des pistes de réflexion et d'action. C'est d'autant plus nécessaire dans des

institutions médico-sociales, telles que les LHSS, où les professionnels doivent faire face à une pluralité de problèmes sur lesquels l'enquête ethnographique peut apporter un regard nouveau. Cette démarche ne peut reposer sur une simple restitution des résultats *a posteriori*. Elle doit se construire dès le départ, lors du « moment critique » (Derbez, 2010) de la négociation de l'entrée sur le terrain.

Sensible à la sociologie et à l'anthropologie – lors de sa formation, elle a d'ailleurs reçu des enseignements dans ces disciplines auxquels elle fait régulièrement référence au cours de nos discussions –, la cadre de santé accepte ma venue à la Villa d'Hestia. Elle voit dans ma proposition de « *travailler ensemble* » un intérêt pour l'établissement : mon arrivée permet d'apporter un « *autre regard, hors champ purement médical ou social, qui peut aider à comprendre certains blocages, certaines choses. Tu fais pas partie de la prise en charge, tu as un rôle tiers on pourrait dire, qui est intéressant*³ ». Mon entrée sur ce terrain est également rendue possible par le fait que je bénéficie d'un contrat doctoral et peux mener mon enquête sans rémunération de l'institution d'accueil – qui ne pouvait pas se permettre de financer une recherche sociologique.

Sous certains aspects, la conception pragmatiste de l'enquête ethnographique défendue ici fait écho à des caractéristiques de la recherche-action ou de la recherche collaborative.

Ces deux modèles, misant sur la reconnaissance de la compétence individuelle et collective des acteurs à agir et à interpréter cet agir, rompent avec la recherche traditionnelle [...]. La recherche-action et la recherche collaborative font plutôt le pari d'une vision ascendante, selon laquelle tout se joue, se (re)négocie au fil d'une expérience indéterminée, inattendue et déroutante de laquelle émergent parfois, par-delà des questionnements nouveaux, des repères utiles pour la pratique, bien que provisoires [...]. Cette position met en interaction potentiellement féconde théorie et pratique, action et réflexion. Les outils conceptuels sont au service de la réflexion sur l'action, testés empiriquement, confrontés à la contextualisation des savoirs, et potentiellement remis en question (Morrisette, 2013, pp. 46-47).

Si ma démarche rejoint une telle définition, je souhaite, ici, faire un pas de côté. À aucun moment je n'ai pensé mon travail comme une forme de recherche-action ou de recherche collaborative : je mène une enquête dans le cadre d'une recherche doctorale. L'idée n'est donc pas de m'inscrire dans une opposition entre « recherche traditionnelle » et « recherche-action » ou « recherche collaborative ». Il ne s'agit pas de proposer une nouvelle démarche, mais plutôt de saisir comment *dans* l'enquête ethnographique préoccupations analytiques et préoccupations pratiques cohabitent.

Pour le dire autrement, il s'agit de montrer comment les terrains d'enquête sont aussi des terrains d'action.

Un commun qui nous unit : la question de l'alcool

Après un temps de présentation auprès des professionnels et de la direction mis en place par la cadre de santé (Baligand, 2016), je commence véritablement mon travail de terrain à la Villa d'Hestia à partir de mars 2015. Je m'y rends plusieurs jours par semaine et découvre l'institution, son fonctionnement, les acteurs qui y vivent ou y travaillent. Je tente de trouver ma place en circulant entre les différents espaces de la structure – les bureaux, les chambres, la salle de soins, le cabinet médical, le réfectoire et l'ensemble des espaces communs – et en passant du temps aussi bien avec les professionnels qu'avec les personnes sans-abri. C'est un temps d'immersion et de découverte, constitutif de toute entrée sur le terrain. Je prends des notes et consigne scrupuleusement les discussions que j'ai et les observations que je fais dans mes carnets de terrain. Comme expliqué plus haut, je n'ai pas de grille d'observation; j'ai l'objectif vague et général de décrire ce qu'il se passe dans cet établissement.

Au mois de juin 2015, la cadre de santé m'interpelle pour me faire part d'une idée : elle m'informe qu'elle souhaite engager une réflexion collective, au sein de la Villa d'Hestia, sur l'alcool. Ayant en tête ma proposition de « *travailler ensemble* », elle voudrait que je m'y associe. Au cours de mes premières semaines sur le terrain, j'ai effectivement constaté à quel point cette question était centrale dans l'institution. Elle revenait très régulièrement dans les discussions que je pouvais avoir aussi bien avec les professionnels qu'avec les personnes sans-abri. Pour comprendre l'importance de ce sujet, il faut préciser que ce produit est théoriquement interdit dans l'établissement. Cependant, des consommations existent : généralement, elles se font en cachette, à l'abri des regards; parfois, ce sont les professionnels qui se mettent d'accord pour autoriser un « patient » à boire de l'alcool sous certaines conditions. À cela, s'ajoutent les consommations quasi quotidiennes de certaines personnes sans-abri dans le quartier alentour. Elles profitent du temps de sortie (entre 13 h et 19 h) pour aller boire sur des bancs publics, voire exceptionnellement, au bistrot. Certaines d'entre elles rentrent ainsi passablement éméchées en fin d'après-midi, ce qui peut créer des débordements en fin de journée, mal vécus par des personnes hébergées dans la structure et qui ne boivent pas, comme par exemple José :

C'est pas facile quand tu vois ça, ça me fait mal. J'ai une aversion pour la boisson... Parfois, ils se mettent à brailler, à dire des choses incompréhensibles, à avoir des comportements attristants, des comportements typiques chez l'alcoolique, des états... J'ai beaucoup de mal parce que tu vois, on est en contact les uns avec les autres. Mais je peux pas dire allez vous faire voir, je fais ma vie. On mange ensemble, on se voit.

De même, pour les professionnels, l'alcool est souvent vécu sur le registre du trouble. Il constitue pour eux une « épreuve de professionnalité » (Ravon & Vidal-Naquet, 2016) qui les interpelle et sur laquelle ils tentent d'agir. Ils ne restent pas passifs, bien au contraire, ils mènent « l'enquête » sur ce qu'ils considèrent comme un « problème » (Dewey, 2010) : ils échangent mutuellement au cours des réunions d'équipe; ils expérimentent de nouvelles pratiques et tentent d'en tirer des enseignements; ils se renseignent et se documentent en allant rencontrer les professionnels de structures au public similaire confrontés au même problème... Finalement, je découvre au gré du temps passé à la Villa d'Hestia que l'alcool est une préoccupation partagée depuis longtemps par les professionnels et les « patients ». Ce constat émerge de la démarche inductive. En arrivant dans l'établissement, je n'avais pas d'intérêt particulier pour cette question de l'alcool. Mais, dans une perspective inductive, c'est parce qu'elle occupe une place centrale sur le terrain qu'elle devient un objet d'investigation. La sollicitation de la cadre de santé prouve l'importance de cette question et m'amène à y porter une attention particulière – mais non exclusive. En effet, j'accepte sa proposition de participer à la réflexion collective en commençant par mener l'enquête sur l'alcool. Deux raisons motivent mon intérêt pour cet objet : d'une part, pour comprendre le fonctionnement de l'institution il est indispensable de se pencher sur cette question tant elle est présente au quotidien; d'autre part, l'alcool peut être vu comme un moyen pour réfléchir plus largement aux enjeux du terrain, aux tensions qui traversent l'institution et aux pratiques des professionnels et des personnes sans-abri. Cet intérêt différemment partagé entre les professionnels, les personnes sans-abri et le chercheur pour l'alcool pose alors les bases d'une coopération qui « requiert qu'il y ait quelque chose comme un bien commun qui fasse tenir les deux parties » (Cefaï, 2010a, p. 467).

Comprendre le visible, révéler l'invisible : intérêts de l'enquête qualitative

La première partie a permis de retracer le cheminement qui m'a conduit à mener une enquête à la Villa d'Hestia sur l'alcool. Je développe maintenant la mise en œuvre de la recherche qualitative afin d'en dégager les principes d'enquête coopérative et d'analyse coopérative.

Les experts et le profane : les raisons d'une observation coopérative

Une première forme de coopération apparaît dans la manière de conduire l'enquête. Comme l'écrit Daniel Cefaï, « un pragmatiste dirait qu'observation et description sont d'emblée *coopératives*, jusque dans leurs divergences de vues, par une forme de “socialisme” logique qui se joue au cœur d'une “communauté d'enquêteurs” profanes et professionnels » (l'italique est de l'auteur) (2010b, p. 561). La coopération est inhérente et indispensable à l'ethnographie. La réflexion d'Alfred Schütz sur la « distribution sociale de la connaissance » est ici précieuse⁴. Il affirme que :

ce n'est pas seulement *ce qu'*un individu sait qui diffère de ce que sait le voisin, mais aussi *comment* les deux savent les « mêmes » faits. La connaissance a divers degrés de clarté, de distinction, de précision et de familiarité. Pour prendre comme exemple la distinction bien connue de William James entre « connaissance par présentation » et « connaissance sur », il est évident que je connais beaucoup de choses sur le mode implicite du pur ouï-dire, tandis que *vous* avez une « connaissance sur » leur spécificité et vice-versa. Je ne suis « expert » que dans un domaine restreint et « profane » dans beaucoup d'autres, comme vous (l'italique est de l'auteur) (2008, pp. 20-21).

Même s'il existe des exceptions, l'ethnographe arrive généralement sur son terrain comme un « profane » – il peut aussi jouer ce rôle et feindre la méconnaissance pour faire des découvertes. Tout son travail consiste à recueillir « l'expertise » de ses informateurs informés. Il se doit de coopérer avec eux pour accéder au terrain et comprendre ce qui s'y joue. Plusieurs enquêtes ethnographiques s'inscrivant dans le domaine du « sans-abrisme » (Choppin & Gardella, 2012) en témoignent : Mitchell Duneier qui coopère notamment avec Hakim Hasan dans *Sidewalk* (1999) ou Elliot Liebow qui coopère avec des femmes sans-abri dans *Tell them who I am. The lives of homeless women*⁵ (1993). Partant de ce principe, j'ai tenu à informer tous les acteurs que je connaissais ou que je rencontrais que, dans le cadre de mon enquête, la question de l'alcool faisait l'objet d'une attention particulière. C'est à partir de là qu'une coopération a pu se mettre en place : conscientes de mon intérêt pour ce sujet, certaines personnes sans-abri ont accepté que je les suive (notamment lors de leurs temps de consommation d'alcool) ou ont pris le temps d'échanger avec moi sur cette thématique. Grâce au temps long et à la répétition des rencontres – quasi quotidiennes entre mars et octobre 2015 – j'ai ainsi pu gagner la confiance des enquêtés et accéder au « contenu de l'intimité », pour reprendre une formule de Georg Simmel utilisée par Raymond Gold (2003, p. 345). J'ai endossé le rôle du « participant-comme-observateur » (Gold, 2003, p. 345) auprès des professionnels et des personnes sans-abri dans un souci de symétrie, selon lequel dans le travail d'enquête « il importe de suivre l'ensemble des "camps" ou, du moins, de ne pas prêter à l'un, *a priori*, des compétences que l'autre n'aurait pas (principe de symétrie) » (Barthe & al., 2013, p. 201).

J'ai privilégié l'observation, car c'est le meilleur moyen pour saisir avec finesse les pratiques de la vie quotidienne, des pratiques si banales qu'elles ne sont que peu ou pas mentionnées dans des entretiens. Prenons un exemple. Si je m'arrête aux entretiens, il ressort un élément – évoqué par des professionnels et la direction de l'établissement : il y a des tensions avec le voisinage du fait de l'alcoolisation de certaines personnes sans-abri dans l'espace public. Des habitants se plaignent de cette présence et de cette pratique pour plusieurs raisons : le bruit que font les personnes, le fait qu'elles laissent leurs canettes vides sur le trottoir en partant, etc. En accompagnant

certaines personnes sans-abri lors de leurs consommations d'alcool dans le quartier, j'ai pu observer et comprendre ces points de tension avec le voisinage. Mais, surtout, j'ai découvert que des personnes avaient noué un ensemble de relations avec des commerçants et des habitants du quartier. Le fait d'acheter et de consommer régulièrement de l'alcool dans l'espace public leur a permis de prendre place et de s'inscrire dans le quartier où elles s'engagent quotidiennement dans une multiplicité d'« interactions mineures » : salutations, prises de nouvelles des uns et des autres, passants qui offrent des cigarettes, à manger ou quelques pièces, etc. Celles-ci sont importantes, elles « prennent place dans un régime de relations sociales à la fois occasionnelles, souvent instrumentales, mais bel et bien structurantes » (Joseph, 2007, p. 435). L'observation amène ainsi à voir les relations avec le voisinage sur un autre plan : certes, il y a des problèmes – qu'il n'est pas question de nier –, mais il existe aussi des formes de supports et de reconnaissance – qu'il ne faut pas négliger. Le degré de finesse que permet l'observation contribue ainsi à complexifier l'objet d'enquête et à ouvrir de nouvelles pistes d'action, comme nous le verrons plus loin.

Ces temps d'observations ont également permis de faire émerger un ensemble de discours sur l'alcool. Ils ont été des temps privilégiés pour interroger les personnes sans-abri et les professionnels, car comme le rappelle Olivier Schwartz :

la notion d'« observation directe », que l'on considère souvent comme le trait distinctif de l'ethnographie, est inadéquate et réductrice. Elle a le tort d'occulter une spécificité majeure de ce type d'enquête, qui est de déclencher toute une dynamique des paroles et de l'écoute, et de donner accès au « point de vue » des acteurs (1993, p. 268).

Si l'alcool renvoie à une pratique de consommation, c'est avant tout, sur ce terrain, un sujet de discussion : l'alcool est plus parlé que bu. L'observation ne pouvait donc pas se limiter aux moments où les personnes sans-abri boivent. Dans une perspective interactionniste, il fallait observer comment les acteurs échangent sur l'alcool – quand bien même le produit est physiquement absent de ces situations – et comment ces discussions relèvent d'engagements situés. Parler d'alcool entre personnes sans-abri, une canette de bière à la main, sur un banc public, n'est évidemment pas la même chose qu'en discuter en salle de soins avec un infirmier en blouse blanche. J'ai ainsi cherché à varier les scènes d'observation pour saisir des « situations de parole » (Schwartz, 1993) et des « degrés de contextualité » (Joseph, 2015) différents où apparaissait cette question. L'observation permet ainsi de saisir les différentes facettes de l'alcool, entendu à la fois comme un objet matériel et comme un objet de discussion. Suivant ici le principe d'une « ethnographie combinatoire » (Dodier & Baszanger, 1997),

la méthode d'enquête [a] consist[é] à accumuler des séries de cas particuliers et à les analyser comme combinaison entre différentes

logiques d'action qui coexistent non seulement dans le terrain considéré, mais même à l'intérieur des personnes ou lors de leurs rencontres (p. 51).

L'entretien : recueillir des informations, préparer la restitution

Alors que l'enquête suit son cours, déjà, le temps de restitution s'organise. Durant l'été 2015, une date (le 22 octobre) est posée pour une restitution collective à l'ensemble des professionnels de la Villa d'Hestia. Cette journée sera l'un des formats de restitution de l'enquête – comme nous le verrons plus loin. Le fait d'organiser une restitution avec tous les professionnels de l'institution oriente les derniers moments de l'enquête.

En effet, si l'enquête relève essentiellement de l'observation directe et que l'analyse repose principalement sur les données issues de cette démarche, des entretiens semi-directifs (21 en tout) ont également été conduits. Ceux-ci ont été réalisés exclusivement avec les professionnels de la Villa d'Hestia à partir du mois de septembre. Tous les corps de métiers de l'institution étaient représentés (agent de service hospitalier (ASH), aide-soignant, assistant social, cadre de santé, éducateur, infirmier, médecin, secrétaire) et les professionnels les plus souvent présents sur la structure ont été interrogés – à l'exception de deux veilleurs de nuit qui n'ont pas pu être interrogés faute de temps.

Lors de ces entretiens, il s'agissait d'interroger les professionnels sur trois dimensions : leurs perceptions actuelles de l'alcool à la Villa d'Hestia; les expérimentations passées qui avaient été menées dans l'établissement autour de cette question; les idées qu'ils pouvaient avoir pour opérer des changements quant à ce sujet. Ces entretiens ont été particulièrement riches pour saisir les évolutions dans la manière d'appréhender cette question de l'alcool. Mon respect de l'anonymat et le fait de rencontrer les acteurs de manière individuelle a contribué à faire émerger une parole « plus libre », pas forcément exprimable et exprimée dans un collectif en raison des relations de pouvoir ou d'une timidité en public. J'ai ainsi pu saisir une diversité de pratiques, récolter un faisceau de points de vue et recueillir une série d'idées ou de projets liés à cette thématique de l'alcool. Le dispositif de l'entretien a notamment permis d'accéder à des éléments passés – pour certains non mentionnés dans les rapports d'activité – qui n'existent que par la parole des professionnels. Ainsi, j'ai par exemple appris qu'il fut un temps où l'alcool était servi lors des repas. Certains professionnels ont connu cette période et ont pu me faire un retour critique de leur expérience.

De ce point de vue, la prise au sérieux des justifications et des critiques mène, en sociologie pragmatique, à explorer les effets que peut avoir la critique sur la refonte des collectifs, la transformation des dispositifs socio-techniques et la réforme des institutions (Barthe & al., 2013, p. 186).

Révéler les expériences passées et comprendre comment elles ont affecté l'institution est donc essentiel. Dans le même ordre d'idées, j'ai pu déceler des initiatives singulières comme cette professionnelle qui raconte avoir organisé une pièce de théâtre avec des « patients ». L'un d'eux veut participer, mais il ne se sent pas en mesure de le faire s'il n'a pas bu d'alcool. Sachant cela, la professionnelle accepte qu'il puisse boire juste avant de rejoindre le groupe. Après avoir bu, il réalise une prestation de qualité lors de la représentation. C'est ce qu'avait pressenti la professionnelle. Elle a donc sciemment transgressé le règlement de la structure, anticipant la justesse de cette transgression au regard de ses effets bénéfiques. Recueillir ces expérimentations – plus ou moins reconnues dans l'établissement – et les réflexions qui les accompagnent permet de leur redonner de la visibilité avant de les remettre en partage.

L'entretien apparaît donc comme un complément intéressant à l'observation. Il est d'autant plus précieux qu'il permet également de préparer la journée de restitution. Celle-ci a été annoncée comme une « formation » aux professionnels et c'est par une convocation écrite que la cadre de santé décide d'en informer chacun officiellement. Cela donne l'opportunité de voir se jouer une nouvelle scène sur le terrain. Pour certains professionnels, cette convocation laisse supposer que la journée de formation est en réalité un temps de validation des orientations désirées par la cadre de santé, sous couvert scientifique. Or tous les professionnels ne partagent pas ces orientations et des tensions apparaissent depuis le début de l'enquête à ce sujet. Ce sont eux qui me signalent alors qu'ils participeront bien à cette journée, sans animosité aucune, et qu'ils n'ont de toute façon pas le choix. La formalisation de l'annonce de cette journée résonne comme une sorte de rappel à l'ordre émis par la cadre aux équipes. Ces dernières auront l'occasion d'observer que leurs craintes ne sont pas fondées. Néanmoins, l'entretien permet d'enregistrer des controverses et de voir se dessiner des positions ou prises de position plus ou moins marquées.

Le temps de l'entretien est donc particulièrement important. Il permet, d'une part, de comprendre comment les professionnels se représentent le travail d'enquête et ce qu'ils projettent sur la journée de restitution. D'autre part, chaque rencontre est l'occasion pour l'enquêteur de préciser la démarche, ses finalités et les enjeux de la journée de restitution. L'entretien constitue alors un échange réciproque où l'enquêteur est aussi interrogé pour lever des malentendus et apporter des précisions. C'est l'occasion de présenter plus concrètement la journée de restitution en annonçant que les expérimentations, les idées et les propositions seront un point de départ pour engager une réflexion collective. La forme de l'entretien permet de signifier aux acteurs qu'ils sont partie prenante de l'enquête et ainsi de faciliter l'appropriation de ses résultats.

Une analyse coopérative entre chercheurs

Les enquêtés sont des acteurs réflexifs, ils développent un mode de connaissance sur le monde social et sur leurs pratiques que le chercheur se donne justement pour tâche de décrire, de comprendre et d'expliquer. C'est une telle conception de l'acteur qui est à la base d'une enquête coopérative : l'enquêteur coopère avec les enquêtés dans le recueil de données, car il reconnaît leur réflexivité et leurs savoirs ordinaires. Cependant, une telle démarche ne prétend pas que les enquêtés sont des « cochercheurs »; au contraire de certaines formes de « recherche-action » (Morrisette, 2013, p. 45), les enquêtés ne participent pas, ici, au temps de l'analyse. De même qu'ils ne contribuent pas au travail d'écriture, comme peut le préconiser l'« ethnographie collaborative » défendue par Luke Eric Lassiter (2005). Ce travail est ici conduit par le chercheur. Comme l'écrit Daniel Cefaï :

il n'y a pas de renoncement aux critères de la validité scientifique, maîtrisés par des chercheurs professionnels, et l'asymétrie demeure entre des savoirs attestés par des procédures scientifiques et des savoirs ordinaires. Mais il y a aussi une acceptation du fait que les enquêtés ont des perspectives qui doivent être prises en considération par les enquêteurs, dans le cours même de l'enquête (2010a, p. 470).

Au cours de la recherche, la coopération est variable dans son intensité et dans ses formes. Si la coopération était forte avec les enquêtés durant le recueil des données, elle a tendance à s'affaiblir durant le temps d'analyse. En parallèle, une nouvelle coopération apparaît, cette fois avec une chercheuse. Au cours de l'enquête, il m'est apparu nécessaire de coopérer avec une autre chercheuse afin de ne pas « m'enfermer » sur la Villa d'Hestia : il était indispensable de faire un pas de côté et d'apporter un éclairage extérieur. J'ai donc sollicité Élodie Jouve, ethnologue et chargée de mission à la Mission régionale d'information sur l'exclusion (MRIE), dont les travaux de recherche portent principalement sur les personnes sans-abri. Travailler avec elle me permettait de bénéficier de ses connaissances et d'opérer des déplacements. Ayant conduit ses terrains dans d'autres agglomérations françaises que Lyon, elle apportait un autre regard, complémentaire, sur la situation à la Villa d'Hestia. À l'été 2015, elle a accepté de coopérer avec moi sur cette enquête. Nous avons alors mené ensemble l'analyse à partir des données que j'avais récoltées sur le terrain et de ses différentes expériences ethnographiques. Dans le prolongement, nous avons conjointement restitué cette analyse aux professionnels de la Villa d'Hestia lors de la journée du 22 octobre. Dans cette optique, elle est venue quelques fois dans l'établissement où elle a pu rencontrer et échanger avec des professionnels et des personnes sans-abri; de mon côté, j'informais chacun de mes interlocuteurs que je travaillais cette question de l'alcool avec une autre chercheuse que je présentais.

Les scènes de restitution comme objet anthropologique

Le temps du recueil et d'analyse des données laisse progressivement place au temps de la restitution. Françoise Zonabend rappelle que ce terme embarque avec lui le sentiment qu'ont souvent les chercheurs de « devoir » rendre ce qu'ils auraient « pris » sur leur terrain d'enquête (Zonabend, 1994); comme déjà évoquées, les négociations permanentes sur le terrain balaient ce sentiment puisqu'elles doivent se décider dans le plus juste équilibre des parties en présence. Et le temps de la restitution fait partie de ces négociations à tel point qu'il est à considérer comme une séquence du terrain qui devra à son tour être analysée. Dès lors, enquête et moment de restitution tendent parfois à se confondre (Rossi, Kaech, Foley, & Papadaniel, 2009), et ce, plus encore lorsqu'il est question d'ethnographie coopérative. Ainsi, à l'instar de Daniel Cefaï, la restitution est envisagée ici « comme “retour” – pour éviter les connotations de spoliation et de réparation dont serait porteur le terme de “restitution” – et [recouvre] les moments que l'on pourrait qualifier de réception, d'appropriation et d'application par un public » (Cefaï, 2009).

Questions de traduction : formes et formats

Un troisième moment de coopération est maintenant à envisager : la coopération dans la restitution. Un tel principe oblige les chercheurs à produire des traductions de l'analyse : il faut tordre les formes et formats académiques pour les rendre saisissables par des non-initiés. Cette « mise en accessibilité » des analyses se travaille et est distillée au fil du terrain et, de manière réursive, chaque scène de mise en accessibilité offre de nouveaux matériaux et participe de l'analyse. Ces formes de restitution individualisée demandent au chercheur autant de délicatesse que de ruse. Si l'objectif est bien de maintenir chaque acteur du terrain dans le processus de recherche, de le mettre dans la confidence des coulisses de l'enquête, de lui signifier qu'il fait partie de ceux qui savent ce qui se trame, chacun ne peut obtenir le même degré d'information pas plus qu'il ne peut obtenir les mêmes informations qu'un autre acteur. Plus exactement, le chercheur doit avoir une vision assez claire des personnes entre lesquelles circulent les informations pour déterminer quels acteurs procèdent à des échanges réguliers au cours desquels l'avancée de la recherche peut être évoquée sur un ton plus personnel. Car l'avancée de la recherche est régulièrement évoquée en réunion d'équipe, mais de manière formelle. Ce n'est pas ce type d'informations que fait filtrer le chercheur quand il parle des coulisses de la recherche avec un membre de l'équipe ou une personne sans-abri. Le chercheur délivre des informations ciblées qui sont susceptibles de faire écho à l'échange qu'il a avec cette personne soit parce qu'elles la poussent à encore plus de réflexivité, soit parce qu'elles corroborent ou s'opposent à ce qu'elle a expliqué au chercheur. Ce même mécanisme est à l'œuvre quand le chercheur fait état de l'avancée de la recherche auprès de petits groupes de professionnels. Pendant les pauses café et cigarettes, sur le chemin conduisant à

l'établissement se déploient des microscènes de mise en accessibilité qui sont, simultanément, des scènes d'investigation.

Plusieurs formes et formats de restitution peuvent donc être pensés. En sus des restitutions micro et multisituées, dans le cadre de ce travail nous avons fait le choix de proposer une synthèse de l'analyse sous format papier. C'est un petit texte d'une dizaine de pages qui laisse une large part aux verbatims et aux observations. Ce format de restitution a plusieurs finalités. D'une part, il fournit une restitution standardisée à tous les participants de l'enquête. Si les microscènes de restitution introduisent chaque participant dans les coulisses de l'enquête, le degré d'information n'est pas toujours le même que cela soit volontaire ou relève de raisons pratiques (certains participants sont plus accessibles, traversent plus continûment les scènes explorées par le chercheur). Le document de synthèse procède d'une égalisation du degré d'information et demande ainsi au chercheur d'avoir traité de manière équitable (et non pas égale) tous les participants. Autrement dit, ce format de restitution est aussi un outil de vérification de la bonne conduite du terrain au cours duquel des ruses sont autorisées dans la mesure où elles ne trompent jamais les participants à l'enquête. D'autre part, la manière dont est agencé ce document permet à chaque participant de resituer dans un ensemble à la fois les échanges qu'il a eus avec le chercheur et les informations qui lui ont été transmises au fil de l'enquête. L'utilisation du verbatim, en sus de faciliter la lecture d'un texte, met en valeur les apports des participants, quand bien même ils sont anonymes. Nombre d'entre eux se retrouvent, ou pensent se retrouver, à la lecture de certains extraits d'entretien. Enfin, cela semble anecdotique, mais le support en lui-même produit un effet sur les participants. Le format papier confère un caractère « officiel » à l'analyse, témoigne d'une prise en compte de ce qui a été dit et vu quand bien même les personnes rechignent parfois à lire des documents volumineux. En l'occurrence, une dizaine de pages était le maximum autorisé par les participants qui ont été informés de la rédaction de ce document. Par ailleurs, ce document sert aussi de support à la présentation publique que nous ferons lors de la journée de restitution. Il sera transmis aux professionnels à la suite de cette journée, fera trace de l'enquête conduite jusqu'alors et permettra à chacun d'y revenir au besoin pour poursuivre la réflexion.

Cette journée est le troisième format de restitution exploré ici. Elle réunit l'ensemble des professionnels de la Villa d'Hestia, les deux chercheurs et un infirmier extérieur aux LHSS et spécialisé en addictologie. Organiser ce type de journée demande de mettre l'institution au ralenti à partir du moment où l'on souhaite que tous les personnels y participent. Il est même nécessaire de dépêcher des remplaçants, de repousser des activités. Ce temps est donc loin d'être anodin et, s'il est pleinement conduit, rappelle l'importance de chaque membre de l'équipe, qui doit nécessairement y participer. Cette journée est ouverte par l'infirmier extérieur aux LHSS qui propose une introduction sur ce qu'est la dépendance, en revenant sur les processus physiques

et psychiques qu'elle induit et ce que cela suppose en termes d'interaction. Dans un deuxième temps, nous avons présenté notre synthèse qui a fait l'objet d'une discussion collective en plénière. Elle a ensuite été reprise l'après-midi au cours d'ateliers de travail.

La restitution et ses publics

Avant d'aborder cette journée de restitution en elle-même, revenons sur un point important. En se resituant dans la perspective d'une ethnographie coopérative, la participation de tous les participants à l'enquête lors de cette journée n'est pas atteinte. Le souci de symétrie qui avait guidé les premiers temps de l'enquête n'a pas pu être tenu jusqu'au bout. En effet, les personnes sans-abri qui ont participé à l'enquête, en se prêtant aux entretiens ou en acceptant la présence du chercheur, ne sont pas présentes. Cela indique combien, dans ce type de structure, la coopération avec les personnes sans-abri qui y sont hébergées est délimitée (plus que limitée) par un ensemble de contraintes institutionnelles. Dans des LHSS, comme dans d'autres structures, les personnes sans-abri ont vocation à transiter; soit elles poursuivent des soins ailleurs, soit elles sont orientées dans un hébergement, soit leur séjour prend fin et elles quittent la structure pour, bien souvent, vivre à nouveau en situation de rue. Certaines décèdent aussi. Cette multitude de devenirs n'est pas exhaustive, mais présente l'ensemble de ce qui est arrivé aux personnes sans-abri qui ont participé à l'enquête. Pour autant, quand bien même elles auraient encore été dans la structure lors de cette journée, rien ne laisse présager que la coopération aurait pu se poursuivre au mieux. Car, cette fois, la coopération prend une dimension autre; il ne s'agit plus de coopérer avec ses pairs et avec le chercheur, il faut coopérer avec le personnel (et il en va de même pour le personnel qui devrait coopérer avec les personnes sans-abri). Dans le cadre de notre ethnographie, nous sommes à la lisière de la coopération formelle et informelle. Si les participants s'engagent volontairement dans l'enquête, ils ne considèrent pas ce moment où ils vont devoir coopérer avec d'autres personnes que le chercheur. Ce moment arrive soit spontanément au cours de l'enquête, créant de multiples coopérations réticulaires, soit il apparaît par la création de temps qui vise à développer la coopération de manière massive, mais aussi plus artificielle. La journée de restitution s'inscrit dans ce dernier cas. Cependant, les propos et pratiques des personnes sans-abri sont présents à la fois dans la synthèse papier et dans les échanges lors de cette journée. Ils le sont notamment à travers l'analyse transmise aux participants dans laquelle, comme dit plus haut, une large place est accordée aux verbatims. Symboliquement, elles sont également présentes à travers des photographies qu'elles ont prises, sur lesquelles elles apparaissent⁶ et que nous projetons lors de notre présentation. En quelque sorte, les absents participent à travers le chercheur et les supports qu'il produit.

Au sein des professionnels, des rapports dissymétriques existent. Dans ce type de restitution où est convié l'ensemble de l'équipe, la parole de certains professionnels (médecin, cadre de santé, infirmier) se confronte dans un rapport déséquilibré à celle d'autres professionnels aux statuts moins valorisés dans l'institution (secrétaire, ASH). Par exemple, dans la vie de l'institution, les secrétaires et les ASH ne sont pas conviés aux réunions d'équipe hebdomadaires. Ils le sont pour la journée de restitution et se voient alors pour la première fois confrontés à ce type de configuration sans en connaître les codes habituels, souvent tacites, et construits-déconstruits au fil des réunions d'équipe. Ce faisant, lors de cette journée, ils prennent moins aisément la parole devant l'assemblée alors qu'ils savent trouver une place dans certains des groupes mis en place l'après-midi. Cela nous demande donc de multiplier encore les formats et les scènes pour que chacun puisse y prendre part. Cela demande aussi de penser en amont la composition des groupes de travail; si certains ASH ou secrétaires n'ont pas pu s'exprimer sans entrave dans certains groupes, c'est parce qu'au sein de ces groupes se reproduisaient les dissymétries précédemment évoquées. Elles étaient parfois même redoublées par les tensions qui traversaient l'équipe.

De l'appropriation comme prémices de l'application

Ces tensions, omniprésentes, bien que souvent sourdes, semblent faire de l'anonymisation des verbatims une obligation. Or, quand il s'agit d'une équipe d'une vingtaine de personnes qui ont déjà largement débattu de cette question en réunion, dans les couloirs, au réfectoire, l'anonymat des verbatims, s'il ne devient pas un leurre, est avant tout un filtre. Il permet de tenir les propos à distance, de ne pouvoir mettre personne en accusation tout en laissant comprendre à chacun qu'il a pu dire ce qu'il souhaitait, que cela a été pris en compte et que l'ensemble de l'équipe doit accorder de la considération à ce qui a été dit. Cet entre-deux est à la fois périlleux, libérateur et prodigue des formes de reconnaissance à chaque membre de l'équipe, du plus écouté au moins entendu.

L'après-midi, des ateliers en groupes sont mis en place. L'infirmier extérieur et les chercheurs restent volontairement en retrait de ces groupes. Ils circulent entre eux sans prendre pleinement part aux échanges. L'idée est de favoriser une appropriation de l'enquête par les professionnels de l'établissement en s'effaçant progressivement. Ces ateliers constituent alors une forme de passage de relais. Ce format suppose donc une autre implication des participants. Le filtre proposé par l'anonymisation se dissipe. C'est en son nom que chacun doit prendre part aux débats qui vont apparaître dans chaque groupe. Quatre groupes de cinq à six personnes sont constitués autour de deux thématiques. Celles-ci ont été choisies par les chercheurs et le travail en groupe doit faire émerger des pistes de réflexion et d'action autour des thèmes définis. Pour créer l'émulation, chaque présentation de thématique est suivie d'un ensemble de propositions relevées par les chercheurs au cours de l'enquête. Il s'agit d'acter

publiquement que dans l'institution et au sein des équipes des embryons de propositions existent déjà même s'ils ne sont pour l'instant évoqués que dans l'échange avec le chercheur. En les mettant en partage, l'enquête « espère être aussi un opérateur d'*empowerment* : au lieu d'insister exclusivement sur des processus de reproduction, de blocage ou d'échec, elle permet aussi de découvrir dans la situation actuelle des potentialités d'action » (Cefaï, 2016, p. 101). Ces propositions ne sont rattachées à aucun professionnel sur le document, laissant la possibilité à chacun de les investir ou non au cours des ateliers. Ce travail de répertoire des propositions silencieuses permet de prendre en compte ce que disent les acteurs sur le terrain. Cette forme de reconnaissance permet de rendre public ce qui est dit par les acteurs sans pour autant les obliger à porter eux-mêmes les propositions timidement avancées dans le temps spécifique de la rencontre avec le chercheur. Mais, comme cela a brièvement été évoqué plus haut, dans cette appropriation de l'analyse sous forme d'ateliers, la composition des groupes qui ont à travailler ensemble ne doit pas être laissée au hasard; en l'occurrence, les chercheurs ont laissé les groupes se former librement, parti-pris méthodologique qui se révèle décevant. Le passage de relais évoqué plus haut est ici prématuré, il faut encore veiller à l'équilibre des groupes pour que chacun puisse prendre sa place dans les échanges. Le temps de reprise en commun, en fin de journée, afin que les groupes échangent autour de leurs propositions se fait l'écho de cet impensé. Si certains foisonnent d'idées, d'inventivité, d'autres soulignent les contraintes inhérentes à toutes les propositions évoquées et voient comme principale issue de faire en sorte que rien ne change dans la structure. Dans ces groupes, des personnalités emblématiques de l'institution ont conduit les échanges et les discussions ont été assez brèves. Les ateliers sont des coulisses. Ce qui s'y trame révèle ce qui se joue en public : au-delà des questions relatives à l'alcoolisation des patients dans la structure, ce sont les légitimités et prises de pouvoir de certains professionnels qui sont mises en jeu.

Pour terminer la journée, chacun des quatre groupes prend la parole pour rendre compte de ses réflexions et les remettre en partage avec l'ensemble de l'équipe. Pour ne pas briser l'enthousiasme soulevé dans certains groupes, l'animation (ici faite par l'infirmier extérieur et les chercheurs) est capitale. Elle vise à prendre en considération et au sérieux des idées et des praticiens qui ne pensaient pas être en position de participer au débat public. L'animation leur accorde une légitimité, par exemple en ne participant pas aux réflexions ironiques lorsqu'un professionnel avance une idée originale, mais en lui trouvant un véritable intérêt qui questionne alors l'assemblée. C'est par exemple le cas lorsque des professionnels avancent des idées telles que l'organisation d'une fête des voisins ou d'une tombola avec les commerçants du quartier – en apparence éloignées de la problématique de l'alcool. Ces professionnels ont ainsi pris au sérieux l'analyse que nous avons faite des interactions entre les personnes sans-abri et le voisinage – et que nous avons mentionnées précédemment –

et leurs propositions permettent de réinterroger la cohabitation et l'ancrage de l'institution dans le quartier. Elles soulignent que la question de l'alcool est articulée à d'autres problématiques qu'il est nécessaire de prendre en compte.

Si le partage des analyses, leur enrichissement et leur traduction en applications pratiques s'effectuent dans la conflictualité, ils s'effectuent tout de même. Plus encore, cette conflictualité, si elle complexifie l'application, la rend aussi plus fertile. Pour convaincre l'ensemble du public, chacun doit argumenter, nuancer ses propositions afin d'obtenir l'adhésion des plus hostiles. L'« objectif, c'est d'aider à produire une dynamique, quelle qu'elle soit, dont les acteurs des lieux essaieront de tirer parti » (Herrerros, 2009, p. 114). Ce faisant, ces formats de restitution fonctionnent comme des « laboratoires », « des moments de la vie sociale de l'institution » (Uhalde, 1999, p. 11) dans lesquels la confrontation et la réflexivité sont bien plus recherchées que l'adhésion (parfois feinte ou contrainte) de tous autour d'objectifs communs. Créer un public, c'est rendre possible la controverse. Ce n'est pas la recherche d'un consensus immédiat, ni différé. C'est faire en sorte que l'espace du débat soit proposé et, dans une perspective pragmatiste, que la circulation des savoirs favorise la réflexivité des acteurs et alimente le « public » (Dewey, 2010).

Conclusion

L'enquête de terrain à la Villa d'Hestia a pris fin en janvier 2016, même si des liens avec certains professionnels et certaines personnes sans-abri ont perduré. S'il est difficile de mesurer l'impact de cette ethnographie sur l'institution, nous pouvons néanmoins saisir quelques effets. Des initiatives (visite des LHSS de Marseille) et des envies (certains professionnels qui souhaitent s'inscrire dans un diplôme universitaire en alcoologie), qui sont remontées jusqu'à nous, découlent de l'enquête et de la journée de restitution. De même, des éléments témoignent non pas de changements radicaux, mais de déplacements subtils à la suite de l'enquête, « par exemple, la notion "d'alcool interdit" est en voie d'être remplacée par celle "d'alcool réglementé" et la notion de "gestion de l'alcool" est en train de devenir un "accompagnement dans la réduction des risques" » (Baligand, 2016, p. 206). Comme nous l'avons montré, nous avons tenté de favoriser au mieux l'appropriation de l'enquête sans pour autant déroger à la rigueur ethnographique. L'enquête et ses résultats suivent maintenant leur chemin, faisant l'objet de discussions, d'accords ou de rejets entre les professionnels.

À travers la formule d'ethnographie coopérative, nous avons essayé de sortir d'un débat entre recherche académique et recherche-action pour montrer que l'enquête ethnographique en institution médico-sociale – mais pas seulement – peut alimenter la réflexivité des acteurs et ouvrir de nouvelles pistes d'action. Ainsi, si l'ethnographe s'adresse d'abord à ses pairs, il ne doit pas pour autant limiter la diffusion de ses travaux au monde académique. Même si tous les acteurs qu'il rencontre au cours de son enquête n'ont pas forcément un intérêt pour son travail, l'ethnographe doit se

soucier de ce qu'il fait au terrain et des conséquences pratiques que peut avoir son enquête. L'ethnographie a une finalité pratique, et donc politique, qu'il est indispensable de prendre en compte dans le processus même de l'enquête.

Notes

¹ Pour être au plus près de la manière dont a été conduite cette enquête, deux registres d'écriture ont été utilisés : les parties 1 et 2 ont été rédigées à la première personne du singulier et le « je » désigne Gabriel Uribelarrea; la partie 3 a été rédigée à la première personne du pluriel et le « nous » désigne Élodie Jouve et Gabriel Uribelarrea.

² Circulaire DGAS/SD.1A n° 2006-47 du 7 février 2006 relative à l'appel à un projet national en vue de la création de structures dénommées « lits halte soins santé ».

³ Citations tirées de nos carnets de terrain, comme toutes les citations en italique.

⁴ Nous suivons ici l'invitation de Pascale Pichon (2007, pp.105-114) qui conclut son Habilitation à diriger des recherches (HDR) par la question de « l'ethnographie coopérative » en revenant à Alfred Schütz.

⁵ À propos des enquêtés, Elliot Liebow écrit d'ailleurs : « Je pense à Betty et Louise et beaucoup des autres femmes comme des amies. En tant qu'ami, je leur dois de l'amitié. Peut-être que je leur dois quelque chose parce que j'ai tant et elles ont si peu, mais je ne me sens pas avoir une quelconque obligation envers elles en tant que sujets de recherche. En effet, je ne pense pas à elles comme des "sujets de recherche". Depuis qu'elles savent ce que j'essayais de faire et qu'elles m'ont autorisé à le faire, elles peuvent aussi bien être considérées comme des *collaboratrices* de ce qui pourrait être vu comme une *entreprise coopérative* » (nous soulignons) [traduction libre] « *I think of Betty and Louise and many of the other women as friends. As a friend, I owe them friendship. Perhaps I also owe them something because I have so much and they have so little, but I do not feel under any special obligation to them as research subjects. Indeed, I do not think of them as "research subjects". Since they knew what I was trying to do and allowed me to do it, they could just as well be considered collaborators in what might fairly be seen as a cooperative enterprise* » (1993, p. XVI).

⁶ Ces photos sont issues d'un autre projet coopératif mené avec les personnes sans-abri de la Villa d'Hestia.

Références

- Baligand, L. (2016). Réfléchir collectivement la question de l'alcool dans un lieu de soin. Retour sur une démarche en Lits Halte Soins Santé menée dans le Rhône. *Dossier 2016 de la MRIE*, 204-206.
- Barthe, Y., de Blic, D., Heurtin, J.-P., Lagneau, E., Lemieux, C., Linhardt, D., ... Trom, D. (2013). Sociologie pragmatique : Mode d'emploi. *Politix*, 103, 175-204.

- Becker, H. S. (1967). Whose side are we on? *Social Problems*, 14(3), 239-247.
- Becker, H. S. (2010). *Les mondes de l'art*. Paris : Flammarion.
- Cefaï, D. (2007). De la microphysique du pouvoir à l'ethnographie coopérative : itinéraires d'un pragmatiste. Dans I. Joseph (Éd.), *L'athlète moral et l'enquêteur modeste* (pp. 1-47). Paris : Economica.
- Cefaï, D. (2009). Les politiques de l'enquête (II) : Vers une anthropologie critique. *La vie des idées*. Repéré à <http://www.laviedesidees.fr/Vers-une-anthropologie-critique.html>
- Cefaï, D. (2010a). Un pragmatisme ethnographique. L'enquête coopérative et impliquée. Dans D. Cefaï, P. Costey, E. Gardella, C. Gayet-Viaud, P. Gonzalez, E. Le Méner, & C. Terzi (Éds), *L'engagement ethnographique* (pp. 449-472). Paris : Édition de l'EHESS.
- Cefaï, D. (2010b). L'expérience ethnographique, l'enquête et ses publics. Dans D. Cefaï, P. Costey, E. Gardella, C. Gayet-Viaud, P. Gonzalez, E. Le Méner, & C. Terzi (Éds), *L'engagement ethnographique* (pp. 547-598). Paris : Édition de l'EHESS.
- Cefaï, D. (2016). L'urgence sociale auprès des personnes à la rue. Enquêter sur la définition et le traitement d'un problème public. Dans P. Pichon, C. Girola, & E. Jouve (Éds), *Aux temps du sans-abrisme. Enquêtes de terrain et problème public* (pp. 83-102). Saint-Étienne : Presses universitaires de Saint-Étienne.
- Cefaï, D., Costey, P., Gardella, E., Gayet-Viaud, C., Gonzalez, P., Le Méner, E., & Terzi, C. (Éds). (2010). *L'engagement ethnographique*. Paris : Édition de l'EHESS.
- Choppin, K., & Gardella, E. (Éds). (2012). *Les sciences sociales et le sans-abrisme. Recension bibliographique de langue française 1987-2012*. Saint-Étienne : Presses universitaires de Saint-Étienne.
- Derbez, B. (2010). Négocier un terrain hospitalier. Un moment critique de la recherche en anthropologie médicale. *Genèses*, 78(1), 105-120.
- Dewey, J. (2010). *Le public et ses problèmes*. Paris : Gallimard.
- Dodier, N., & Baszanger, I. (1997). Totalité et altérité dans l'enquête ethnographique. *Revue française de sociologie*, 38(1), 37-66.
- Duneier, M. (1999). *Sidewalk*. New York, NY : Farrar, Straus and Giroux.
- Gold, R. (2003). Jeux de rôles sur le terrain. Observation et participation dans l'enquête sociologique. Dans D. Cefaï (Éds), *L'enquête de terrain* (pp. 340-349). Paris : La Découverte.

- Herreros, G. (2009). *Pour une sociologie d'intervention*. Toulouse : Eres.
- Hopper, K. (2010). De l'ethnographie à l'engagement. Les limites du témoignage pour les sans-abri. Dans D. Cefaï, P. Costey, E. Gardella, C. Gayet-Viaud, P. Gonzalez, E. Le Méner, & C. Terzi (Éds), *L'engagement ethnographique* (pp. 473-492). Paris : Édition de l'EHESS.
- Joseph, I. (2007). Le ressort politique de l'assistance, l'expérience de l'induction morale. Sur l'ethnographie des SDF. Dans I. Joseph (Éd.), *L'athlète moral et l'enquêteur modeste* (pp. 413-436). Paris : Economica.
- Joseph, I. (2015). L'enquête au sens pragmatiste et ses conséquences. *SociologieS*. Repéré à <https://sociologies.revues.org/4916>
- Katz, J. (2001). Analytic induction. Dans J. Smelser, & P.B. Baltes (Éds), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*. Oxford : Elsevier. Repéré à <http://sscnnet.ucla.edu>
- Lassiter, L. E. (2005). Collaborative ethnography and public anthropology. *Current Anthropology*, 46(1), 83-106.
- Liebow, E. (1993). *Tell them who I am. The lives of homeless women*. New York, NY : Penguin Book.
- Morrisette, J. (2013). Recherche-action et recherche collaborative. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 35-49.
- Pichon, P. (2007). *Fragile urbanité. Une socio-anthropologie des lieux et des liens*. [Rapport d'Habilitation à diriger des recherches (HDR)]. Saint-Étienne : Université Jean Monnet.
- Ravon, B., & Vidal-Naquet, P. (2016). L'épreuve de professionnalité : de la dynamique de l'usure à la dynamique réflexive. *SociologieS*. Repéré à <https://sociologies.revues.org/5363>
- Rossi, I., Kaeck, F., Foley, R.-A., & Papadaniel, Y. (2009). L'éthique à l'épreuve d'une anthropologie en milieu palliatif : de l'insertion à la restitution. *Ethnographiques.org*, 17. Repéré à <http://www.ethnographiques.org/2008/Rossi,et-al>
- Schütz, A. (2008). Sens commun et interprétation scientifique de l'action humaine. Dans A. Schütz (Éd.), *Le chercheur et le quotidien* (pp. 7-63) Paris : Klincksieck.
- Schwartz, O. (1993). L'empirisme irréductible. Dans N. Anderson (Éd.), *Le hobo. Sociologie du sans-abri* (pp. 265-308). Paris : Nathan.

- Tonnelat, S., Jolé, M., & Kornblum, W. (2007). Vers une ethnographie coopérative. Trouver sa place dans la ville « en train de se faire ». Dans D. Cefaï, & C. Saturno (Éds), *Itinéraires d'un pragmatiste. Autour d'Isaac Joseph* (pp. 277-291). Paris : Economica.
- Uhalde, M. (1999). Les mystères de la restitution. *Sociologies Pratiques*, 1, 1-7.
- Zonabend, F. (1994). De l'objet et de sa restitution en anthropologie. *Gradhiva*, 16, 3-14.

Gabriel Uribelarrea est doctorant en sociologie au Centre Max Weber (UMR 5283), Université Jean Monnet / Université de Lyon. Il mène une thèse sur le problème public de « l'accès aux soins » des personnes sans-abri dans l'agglomération lyonnaise.

Élodie Jouve est docteure en ethnologie, chargée de mission à la Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (MRIE) et chercheuse associée au Centre Max Weber (UMR 5283). Ses derniers travaux portent sur les jeunes dits "en errance" et sur l'accompagnement à l'habiter de ceux considérés comme les plus éloignés de l'accès au logement.

La recherche qualitative pour le renouvellement des pratiques en santé et services sociaux : deux exemples de l'intérieur

Marguerite Soulière, Ph. D.

École de service social, Université d'Ottawa, Ontario, Canada

Geneviève Saulnier, Doctorante

Université d'Ottawa et chercheur d'établissement, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO), Ontario et Québec, Canada

Estelle Desaulniers-Coulombe, M.A., T.S.

Agente de planification, de programmation et de recherche, CISSSO, Québec, Canada

Résumé

L'intervention dans le milieu de la santé et des services sociaux est en grande partie encadrée par la Nouvelle Gestion publique. Dans ce contexte, la production scientifique et ses effets dans ce champ ont une grande importance. La recherche qualitative devient en ce sens un levier majeur pour la recherche et l'intervention sociales aux visées de justice, d'équité et de démocratie. Cet article propose une réflexion croisée prenant appui sur deux recherches qualitatives distinctes dans la forme, mais semblables dans les visées de compréhension, et menées dans le même établissement. À partir d'ancrages différents, celui d'une chercheuse-professeure en travail social, d'une chercheuse d'établissement et d'une praticienne-chercheuse, les auteures cherchent à répondre à une préoccupation commune portant sur le rapport entre la recherche qualitative et le renouvellement des pratiques d'intervention dans le milieu de la santé. C'est en développant une *épistémologie pluraliste* (Rhéaume, 2007) qui reconnaît les savoirs professionnels, expérientiels et scientifiques qu'elles croient que la recherche qualitative arrive à mobiliser le meilleur des acteurs sociaux concernés par l'objet de la recherche. Elles montrent ensuite que la restitution participative (Bergier, 2001) et la recherche-action-formation (RAF) (Marcel, 2016; Mérini & Ponté, 2008) sont en ce sens des formes innovantes de recherche qualitative dans le milieu de la santé et des services sociaux. Elles mettent finalement en lumière les apports épistémologique, clinique et politique de la recherche qualitative menée

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 36(2), pp. 133-152.

LES ENJEUX ACTUELS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE À L'HÔPITAL ET DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

© 2017 Association pour la recherche qualitative

avec une diversité d'acteurs qui permet de transformer des acteurs eux-mêmes, leurs relations, et renouveler leurs pratiques.

Mots clés

RECHERCHE QUALITATIVE, RÉSEAU DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, NOUVELLE GESTION PUBLIQUE, RENOUVELLEMENT DES PRATIQUES, ÉPISTÉMOLOGIE PLURALISTE, RECHERCHE-ACTION-FORMATION, RECHERCHE *AVEC*, ANTHROPOLOGIE MÉDICALE CRITIQUE-INTERPRÉTATIVE

Introduction

Un récent article paru dans la revue internationale *Health Policy* (Abelson, Allin, Grignon, Pasic, & Walli-Attaei, 2017) présente les résultats d'une recherche qualitative menée auprès de hauts fonctionnaires des ministères de la Santé au Canada. Ceux-ci expliquent que les choix que font les décideurs en matière d'allocation des ressources sont le fruit de « compromis inconfortables » (p. 15) entre les pressions de groupes d'intérêts organisés et des médias. Dans la pratique, cela se traduit par la priorisation des technologies médicales de pointe et des programmes de prévention axés sur la réduction des recours aux services de santé. Au Québec, les chercheurs associés à la Chaire de recherche politiques, connaissances et santé, de même qu'à la Chaire du Canada sur l'évaluation et l'amélioration du système de santé (Lamarche, Joubert, Maranda, 2016), se préoccupent de la logique actuarielle qui guide aujourd'hui la réorganisation des soins en « paniers de services » comme le font les assureurs privés (Nadeau, 2016).

Ces constats de recherches récentes sont des exemples de pratiques modelées sur l'entreprise privée et justifiées par la nécessité de rentabilité et de performance. Si, en soi, une meilleure efficacité dans la distribution des ressources et la dispensation des soins est certainement souhaitable, l'implantation de la Nouvelle Gestion publique (NGP) comme chemin obligé est loin de faire l'unanimité : chercheurs, intervenants et personnes ayant recours aux soins et services s'inquiètent de ses effets sur le système de santé et de services sociaux, et plus globalement sur l'ensemble de la société (Contandriopoulos, Perroux, Brousselle, & Breton, 2014; Ménard, 2014; Protecteur du citoyen, 2014).

Les premières entrées de la NGP dans le système de santé québécois remontent à l'adoption de la loi 120 en 1991 (Larivière, 2005). Depuis plus de 25 ans, une forte tendance politique cherche « à mettre un terme à des formes d'État-Providence jugées illégitimes et productrices d'effets antiéconomiques [...] et à nier toute différence entre le secteur privé et le secteur public » (Merrien, 1999, p. 95). Au service d'une posture politique qui maintient que ce n'est pas le rôle de l'État de s'investir dans des mesures sociales, la NGP est implantée pour contrôler les ressources par leur restriction et la régulation de leur utilisation. Elle se concrétise dans des mesures administratives qui donnent l'esprit et le ton à l'organisation des services de santé. Elle induit un nouveau

vocabulaire qui recadre les logiques d'action : visées de résultats, de rendement et d'accessibilité, responsabilisation et imputabilité des prestataires, sondage continu de la satisfaction des « clients », mesure et gratification de la performance par des incitatifs symboliques et économiques (Bourque, 2009).

Une des mesures pivots qui découle de la NGP et qui a des effets majeurs en intervention en santé et en services sociaux est la standardisation des pratiques sur la base de normes produites par les experts (Bourgeault, 2003). Fondée sur des « données probantes » (utilisées dans le sens de preuve, Parazelli, 2010), la standardisation se met en œuvre par l'application de « bonnes pratiques » et la surveillance de leur application.

Mot-clé de la NGP, la « bonne pratique » fait référence à une approche positiviste de la recherche. Selon Parazelli (2010), le positivisme ne considère dignes d'être étudiés rationnellement par la science que les faits concrets, les objets observables. Utilisant des méthodes qui soumettent ces unités observables à des expériences pouvant se reproduire dans un autre milieu, cette approche objectiviste cherche à dégager des lois qui régissent les faits humains et sociaux. C'est à partir des résultats de ce type de recherches que s'établissent les lignes directrices et les protocoles standardisés d'intervention dans les milieux de la santé et des services sociaux (Bourque, 2009).

Plusieurs chercheurs et intervenants sociaux s'inquiètent de cette réduction et de cette simplification des explications des phénomènes par la mise en rapport statistique d'un nombre limité de variables observables (Parazelli, 2010). Dans quelle mesure une prescription par le haut, par la voix des experts, sur la base de résultats de recherche somme toute très partiels et surtout décontextualisés, tient-elle compte des réalités complexes et diversifiées des personnes quand elles ont recours aux services sociaux et de santé? Dans quelle mesure la standardisation managériale rejoint-elle les visées démocratiques de l'intervention sociale dans le domaine de la santé (Bourgeault, 2003; Bourque, 2009; Parazelli et al., 2003; Parazelli, Lévesque, & Gélinas, 2012)?

Ces interrogations renvoient à un questionnement épistémologique : qui est habilité à produire des connaissances? À partir de quelle vision du monde? De quelle position sociopolitique? Ces questions sont de plus en plus pertinentes au regard de cette poussée des sciences du comportement, de la sociobiologie et de l'épigénétique qui consacrent la parole des experts et en déploie toute l'autorité dans les interventions auprès des personnes qui vivent dans les conditions les moins favorables pour la santé (Parazelli, 2010; Parazelli et al., 2003; Parazelli et al., 2012).

Un positionnement épistémologique est d'autant plus important que le pluralisme social et culturel façonne et transforme en permanence les populations qui ont recours aux soins de santé et aux services sociaux. La réadaptation à la suite d'un épisode de maladie, l'annonce et le vécu d'une maladie chronique, la perte d'un enfant

ou la vie avec un enfant autiste en situation d'immigration, tout cela comporte une large part de subjectivité, d'affect et d'interprétation. Les réseaux de sens que tissent les personnes pour s'approprier ce qu'elles vivent sont rattachés à leurs origines sociale et culturelle, leur parcours et leurs circonstances dans des conjonctures sociohistoriques et politiques du lieu et du moment (Kleinman, 1988; Massé, 1996). Comment en rendre compte? C'est ici que la recherche qualitative et ses multiples possibilités de mise en œuvre permettent de comprendre de l'intérieur les expériences vécues et les contextes qui les façonnent. Et c'est sur la base de ces résultats que peuvent se développer des interventions qui tiennent compte et intègrent les multiples dimensions qui sont en jeu dans des moments de transition et de vulnérabilité. Ainsi, la recherche qualitative dans le domaine de la santé et des services sociaux dans la conjoncture actuelle est un levier majeur pour la recherche et l'intervention sociales aux visées de justice, d'équité et de démocratie.

Pour illustrer dans la pratique ce positionnement épistémologique, méthodologique et politique, ce texte présente deux exemples de recherches qualitatives qui font appel à des méthodologies différentes. Ils illustrent des manières de faire de la recherche dans le milieu de la santé et des services sociaux *avec* les intervenants et les personnes qui ont recours aux soins et aux services. En considérant les participants aux recherches comme des acteurs dans la production des connaissances, leur contribution ne se limite pas aux savoirs qu'ils partagent, mais elle participe à contrer la tendance à réduire au silence les personnes qui traversent un moment de vulnérabilité ou celles qui les accompagnent dans ce passage.

Ancrage théorique de départ

Depuis les années 1970, l'anthropologie médicale a particulièrement contribué à élargir la compréhension de la santé et de la maladie, au-delà des processus biologiques et de la perspective biomédicale. Fondée sur un « engagement ethnographique » (Cefaï, 2009), cette discipline est historiquement ancrée dans la pratique de recherche qualitative.

Les premiers travaux, résultant de séjours prolongés sur le terrain, ont permis de mettre en lumière et d'expliquer une pluralité de systèmes médicaux qui partagent le même objectif : chercher les causes et proposer une démarche thérapeutique pour faire face à la souffrance et à la maladie (Laplatine, 1993). Dans le prolongement de ce relativisme socioculturel, les travaux plus récents de plusieurs anthropologues médicaux québécois¹ nous enseignent que les rapports au corps, les processus de maladie et de guérison, de vie et de mort, sont inscrits dans des systèmes de sens, des positions sociopolitiques, des structures macrosociales et intermédiaires, et des trajectoires individuelles qui ensemble donnent à comprendre les réalités complexes des personnes affligées et de leur entourage (Soulière, 2012).

Dans les milieux d'intervention, Le Gall (2016) souligne l'importance d'établir des collaborations de production de connaissances *avec* les intervenantes² qui côtoient de près la souffrance sociale et humaine, et qui sont par ailleurs traversées de part en part, dans leur vie de tous jours, par des logiques extérieures qui définissent leurs pratiques. Si la posture en surplomb des chercheurs critiques dans le champ de la santé fournit une analyse aiguisée des enjeux de pouvoir, elle donne plus difficilement accès à ce qui se vit sur le terrain. Il n'est pourtant pas rare d'y observer, dans le microrelationnel des pratiques d'intervention, des stratégies pour faire face de façon alternative à des situations inédites et parfois même paradoxales. Faire de la recherche impliquée dans le milieu de la santé dans le contexte actuel requiert de la part du chercheur une disposition d'ouverture, de remise en question, de sensibilité et d'engagement³.

La réflexion croisée présentée ici prend appui sur deux exemples de recherches menées dans le même établissement. La première, réalisée en 2016, porte sur l'éducation thérapeutique, offerte en situation de maladie chronique, et ses apports potentiels dans le cadre de partenariat de soins et de services. La seconde, en cours de réalisation, porte sur les enjeux de l'intervention interculturelle et les éléments constitutifs d'une pratique arrimée au contexte de diversité des familles dont l'enfant présente une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique.

Les deux recherches, tout en étant distinctes sur le plan méthodologique, n'en sont pas moins parentes du point de vue du positionnement des chercheuses à proximité des enjeux de la pratique. En effet, elles s'intéressent à une question commune portant sur le rapport entre la recherche qualitative et le renouvellement des pratiques d'intervention dans le milieu de la santé. Cet article est le fruit de discussions menées à trois, à partir de positions différentes de chercheuses, celle d'une anthropologue professeure-chercheuse en travail social (et superviseure de recherche), celle d'une chercheuse d'établissement (et doctorante en service social) et celle d'une praticienne-chercheuse.

Deux exemples de l'intérieur

Dans la première démarche de recherche, la parole des intervenantes et des personnes ayant recours aux services est recueillie et analysée avec les outils théoriques et méthodologiques de l'anthropologie médicale : l'observation participante, les récits d'expériences et leur analyse de contenu au moyen des modèles explicatifs et des réseaux de sens (Good, 1998; Kleinman, 1995). La collecte et l'analyse sont complétées par une dernière étape de restitution participative des résultats (Bergier, 2001).

La seconde démarche mobilise les intervenantes dès sa mise en œuvre. C'est à partir d'activités collaboratives que la recherche-action-formation permet de saisir la

diversité de l'expérience personnelle et professionnelle par rapport à l'interculturel et, de là, de coconstruire un programme de formation qui a du sens et que les intervenantes s'approprient.

Ces deux exemples de recherche qualitative ont en commun la contextualisation de programmes d'intervention dans leurs enjeux sociaux et institutionnels. Ces deux projets permettent d'une part de mieux comprendre de l'intérieur, à l'aide de méthodologies qui donnent l'espace nécessaire pour l'expression de l'expérience des personnes et d'autre part, de mettre en rapport des vécus de maladie-guérison, d'accompagnement et d'intervention avec des contextes plus larges de diversité sociale et culturelle, et plus spécifiquement de restructuration du système de santé. Cette tension dynamique dans la démarche de recherche elle-même amène une réflexion collective sur les transformations possibles et souhaitées.

Premier exemple : un programme d'éducation thérapeutique

La première recherche s'est réalisée avec une équipe d'intervenantes et des personnes recevant des services dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique. Un devis qualitatif, conjuguant les approches critique et interprétative de l'anthropologie médicale a été privilégié comme perspective de départ.

La démarche

Cette recherche est née de questionnements partagés entre une praticienne-chercheuse, c'est-à-dire une professionnelle menant une recherche sur son terrain professionnel (De Lavergne, 2007), et une équipe d'intervenantes. Composée d'infirmières et de nutritionnistes, cette équipe offre des ateliers de groupe et des suivis individuels à des personnes atteintes d'une maladie chronique, telle que le diabète, dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique. Bien que répondant à un objectif académique (un mémoire de maîtrise), la recherche visait également à donner écho aux préoccupations des intervenantes œuvrant au sein du programme. En effet, celles-ci avaient constaté les limites de leur bagage pour intervenir auprès d'une population diversifiée dont le vécu et les conditions de vie sont difficiles, et, par conséquent, présentant des réalités complexes et exprimant des besoins qui vont bien au-delà de ceux strictement liés à la maladie.

Pour atteindre ce double objectif, la position « de l'intérieur » occupée par la chercheuse a grandement facilité la démarche de recherche. Cette position a d'abord permis un accès privilégié aux différents programmes d'éducation thérapeutique et à leur contenu. Ensuite, elle a facilité dès le départ le développement d'une relation de confiance qui a suscité l'ouverture, la curiosité et l'intérêt quant au projet. Finalement, la proximité de la chercheuse avec le milieu n'est pas étrangère à l'adhésion, l'implication et la participation tant des gestionnaires que des intervenantes et des personnes ayant recours aux services.

Pour mieux explorer les préoccupations des intervenantes et l'expérience des personnes participant au programme, des entrevues individuelles semi-dirigées ont été menées. La chercheuse a d'abord proposé aux intervenantes de réfléchir sur le sens donné à la santé et à la maladie, et aux problèmes sociaux qui y sont associés, sur leurs motivations à œuvrer dans un programme d'éducation thérapeutique, sur leurs perceptions des personnes qui y participent (et de leurs réalités), et sur la nature des relations qu'elles entretiennent avec ces dernières. Les personnes atteintes d'une maladie chronique et participantes au programme d'éducation thérapeutique ont aussi été invitées à réfléchir sur leur vécu, leurs réalités et leurs besoins en lien avec la maladie, sur leur expérience au sein du programme ainsi que sur la relation qu'elles ont développée avec les intervenantes.

Les résultats

Il ressort premièrement de cette recherche que les pratiques de soins en contexte de maladie chronique tendent à individualiser (dans le sens de responsabiliser; Parazelli, 2010) autant les situations vécues par les personnes que les services qui leur sont offerts. Si cette approche apparaît en concordance avec la « personne au cœur des soins », elle s'inscrit aussi dans des visées avouées de réduction des recours aux services de santé. La personne est responsabilisée dans la prise en charge et l'évolution de sa maladie. Axées sur des préoccupations biomédicales et ayant essentiellement un objectif d'adhésion et d'observance, les interventions se concentrent autour de la pathologie et des changements de comportement nécessaires pour diminuer les risques de complication. L'adhésion des personnes aux pratiques saines les amène à être considérées comme des personnes « en santé » du fait qu'elles font tout en leur pouvoir pour éviter une aggravation de la maladie. Ce discours des intervenantes est parfaitement intégré par les personnes vivant toujours avec la maladie chronique⁴ :

Je le sais que je suis dans une maladie... mais par contre dans ma maladie je suis en santé présentement. Je fais attention à tout, j'ai des beaux taux de sucre (Renaud).

Oui parce que je fais quand même attention à moi. [...] Je ne me vois pas comme une personne malade, moi je ne dis pas je suis malade. [...] Comme je te dis, au point de vue nourriture je fais beaucoup plus attention aux glucides, je calcule, pis tout ça. J'ai perdu du poids un peu, pis j'essaie de faire plus d'exercice même si je marche toujours... (Adèle).

Deuxièmement, le programme n'est pas conçu pour répondre à la diversité sociale et culturelle. Comme l'accès aux aliments sains, aux activités physiques, aux conditions de vie confortables et à un environnement soutenant n'est pas réparti de manière équitable, l'adhésion aux pratiques préventives ne représente pas les mêmes défis pour tous. Ainsi, lorsque les personnes qui participent au programme vivent des difficultés sur le plan socioéconomique ou proviennent d'une culture ayant, par

exemple, des goûts alimentaires autres que ceux prescrits, il est plus difficile pour les professionnelles d'intervenir. Elles se disent également moins outillées, à titre d'infirmières ou de nutritionnistes, pour accompagner une personne présentant un trouble de santé mentale. Le programme, bien qu'il tienne compte de la dimension psychologique des individus, vise l'adoption des mêmes comportements sains pour tous. C'est par ailleurs sur l'adhésion à ceux-ci que dépend la relation de confiance entre les intervenantes et les personnes. Cette recherche a permis de mettre de l'avant l'importance d'aborder la maladie et la conception des programmes d'éducation thérapeutique en y intégrant les dimensions sociales et culturelles et à reconnaître les systèmes de sens et d'action partagés à l'intérieur des communautés.

Troisièmement, les entrevues avec les intervenantes ont permis de témoigner du contexte de restructuration actuel au sein du réseau de la santé et des services sociaux, et tout particulièrement des effets des pratiques managériales. L'étude révèle, entre autres, des écarts entre l'adéquation d'un service en fonction des demandes des personnes et sa reconnaissance dans le calcul des tâches des intervenantes. Par exemple, du point de vue des intervenantes (et de celui des personnes participantes), les ateliers de groupe sont bénéfiques puisqu'ils favorisent les échanges, le partage d'expérience et le soutien mutuel entre personnes vivant des réalités semblables. Bien que ces interventions de groupe représentent une certaine rentabilité aux yeux de l'établissement de santé (possibilité de rencontrer un plus grand nombre de personnes à la fois), cette méthode d'intervention est peu privilégiée par les intervenantes du fait qu'elle n'est pas reconnue par le système de gestion clinico-administratif actuel. Comme ce système est l'outil de contrôle de la productivité et que le temps passé à donner des ateliers de groupe n'est pas comptabilisé, les intervenantes réalisent que ce type d'intervention nuit à la mesure de leur performance et les force, par conséquent, à privilégier les rencontres individuelles. Cet exemple démontre comment la standardisation des pratiques rivalise avec ce qu'on attend d'elles et ce pour quoi est formé l'ensemble des intervenantes du milieu de la santé et des services sociaux, à savoir la capacité d'utiliser leur jugement et leur raisonnement clinique dans le choix des méthodes et des approches d'intervention. En ce sens, la recherche démontre les défis actuels de la mise en œuvre d'interventions qui répondent aux besoins des personnes, mais qui sont mises de côté en raison de contraintes managériales.

Finalement, ces résultats de recherche vont prendre une autre dimension lors d'une activité de restitution participative avec les intervenantes du programme. Cette réflexion collective portant sur le programme d'éducation thérapeutique et le contexte plus large dans lequel il se déroule engage la chercheuse et les intervenantes. À partir des analyses, des questions et des constats dégagés par la recherche (Bergier, 2001; Dayer, Schurmans, & Charmillot, 2014; Gurnade & Marcel, 2015), la restitution participative permet de reconnaître et de partager les défis rencontrés au quotidien, que ce soit le manque de formation en intervention en milieu pluraliste et en situation

d'inégalités sociales de santé, ou encore les défis que pose le contexte de performance dans lequel navigue le réseau de la santé. C'est à travers cette activité de recherche que les intervenantes et la praticienne-chercheuse s'approprient les résultats et voient ensemble comment transformer les pratiques en vue d'offrir un programme d'éducation thérapeutique qui soit mieux adapté aux réalités des personnes qui y ont recours, dans leur diversité sociale et culturelle.

Deuxième exemple : Une formation en intervention interculturelle

Un autre exemple de recherche, tiré celui-ci d'un projet en cours, propose une démarche similaire. Toutefois, contrairement à l'exemple précédent, celui-ci s'est développé en réponse à une demande explicite d'une équipe offrant des services spécialisés en déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA). Les intervenantes de cette équipe manifestaient le besoin d'être soutenues pour faire face à la diversité ethnoculturelle croissante des enfants et des familles au sein des services. La demande initiale a été adressée à la chercheuse principale non pas en sa qualité de chercheuse au sein de l'établissement, mais plutôt en référence à son expertise dans le champ de l'intervention interculturelle. La demande soumise consistait à soutenir le développement d'une formation visant à mieux outiller les intervenantes dans leurs interventions en contexte d'immigration et de diversité ethnoculturelle. Au-delà de l'intérêt et de la pertinence d'une telle formation, les préoccupations sous-jacentes à ce besoin « d'être mieux outillées pour faire face à la diversité » sont apparues, aux yeux de la chercheuse, comme un problème revêtant un véritable potentiel de recherche.

Les mouvements migratoires et les nouvelles réalités sociales, culturelles, ethniques, religieuses et linguistiques de la société québécoise n'échappent pas au milieu de la santé et des services sociaux. Profondément touchés par le pluralisme des sociétés contemporaines, les milieux de pratique constituent en quelque sorte une « porte ouverte sur le monde » pour reprendre une expression empruntée à Sainsaulieu (2003). En effet, les intervenantes, tout comme les chercheurs dans le domaine, constatent que les personnes et familles rencontrées proviennent de plus en plus de milieux diversifiés (Fortin, 2013). Du point de vue des intervenantes en DI-TSA, ce pluralisme s'observe notamment dans les représentations, les valeurs et les normes entourant le handicap, ou encore dans les différentes conceptions quant à la nature de l'intervention, au type de soins ou de soutien à préconiser.

Favorisée par ses liens de proximité avec les équipes cliniques et tout en répondant au besoin de formation initialement demandé, la chercheuse d'établissement a proposé une démarche de recherche qualitative pour aborder les défis relatifs à cette diversité et répondre aux préoccupations qu'elle soulève. La proposition reçut un accueil favorable et l'adhésion autant des équipes d'intervenantes que de la gestion. Afin de répondre à la fois aux objectifs scientifiques et aux objectifs pratiques, une

démarche de type recherche-action-formation (RAF) (Charlier, 2005; Guillemette & Savoie-Zajc, 2012) s'est développée en collaboration avec les équipes. Ce type de recherche repose sur une vision à la fois critique et pragmatique, laquelle s'enracine dans l'action des personnes (qui participent à la recherche) tout en poursuivant des finalités pratiques (Chevalier & Buckles, 2013). Selon Guillemette et Savoie-Zajc (2012), la RAF est une forme de recherche participative où les rapports entre chercheurs et praticiens constituent le cœur de la démarche. « Les uns et les autres se réunissent afin de résoudre ensemble un problème de pratique qui se pose, et de là, produire un savoir qu'il soit théorique, praxéologique ou expérientiel » (Guillemette & Savoie-Zajc, 2012, p. 3).

Dans le cadre de cette démarche de recherche avec les équipes cliniques, il s'agissait d'engager une réflexion et un dialogue avec les intervenantes, de s'interroger sur les enjeux de l'intervention interculturelle et d'identifier les pratiques susceptibles d'être les plus prometteuses afin que les services et les interventions soient mieux arrimés aux contextes d'immigration et de diversité des familles.

Deux groupes constitués respectivement de quinze (15) et de seize (16) intervenantes issues de différentes disciplines (psychoéducation, travail social, orthophonie, ergothérapie, éducation spécialisée, etc.) ont participé au projet de recherche-action-formation (RAF). Pour faciliter la participation et répondre à l'enjeu de libération du personnel, les rencontres se sont échelonnées sur plus de sept mois à raison d'environ une rencontre par mois. La participation à cette formation était libre et volontaire et l'on peut supposer que les intervenantes ayant participé manifestaient déjà un certain intérêt et une préoccupation personnelle et professionnelle par rapport à la question de l'intervention en contexte interculturel.

La démarche a été coconstruite avec les équipes, et ce, tant en ce qui a trait aux objectifs qu'au contenu. Les participantes ont d'abord identifié et priorisé les principaux défis rencontrés au cours de leurs expériences d'intervention interculturelle et, parmi l'éventail des défis soulevés, six ont été retenus par le groupe afin d'en constituer les thèmes propres à chacune des rencontres. Ces défis étaient : la méconnaissance de la culture de « l'autre », la prise en compte des parcours migratoires, la communication (barrière de langue, codes communicationnels, l'intervention avec interprète), la diversité des représentations du handicap, le manque de stratégies et d'habiletés en intervention interculturelle, la collaboration avec les organismes du milieu et le travail en réseau. Dans la même foulée, les intervenantes ont identifié les « forces » permettant de mieux composer avec ces défis. La notion de « forces » pouvait consister en des connaissances, des compétences, des habiletés, des prises de conscience, des qualités ou des attitudes. Sept « forces » ont été proposées par les intervenantes et sont devenues les objectifs mêmes de la formation : prendre conscience de ses propres préjugés et apprendre à se décentrer, reconnaître son propre

cadre de référence et d'interprétation de la réalité, développer des connaissances sur les cultures, prendre en compte la diversité des représentations entourant le handicap, éviter de poser des étiquettes culturelles, mieux comprendre les parcours migratoires et les défis de l'immigration, oser innover et être plus créatif dans l'intervention. La chercheuse, en tant que formatrice, a proposé l'ajout de deux objectifs, à savoir considérer les contextes sociopolitiques et économiques qui influencent l'intervention et prendre conscience des enjeux de pouvoir dans l'intervention. Ce premier exercice de groupe a eu comme effet de mobiliser les intervenantes et de les engager comme de véritables acteurs dans la coconstruction de la RAF.

Alors que les modèles dont s'inspire de plus en plus le milieu de la santé proposent des formations axées sur l'acquisition de compétences précises permettant une standardisation des pratiques (Rousseau et al., 2005), la formation développée dans le cadre de cette RAF repose sur une approche réflexive et la reconnaissance des savoirs des intervenantes (Racine, 2000; Schön, 1994). S'appuyant sur les travaux de Freire, Coenen (2001) propose qu'à la base de ce type de recherche, les personnes soient reconnues comme des acteurs compétents, ce qui signifie que les pratiques des acteurs sont porteuses de savoirs. Ainsi, à l'instar d'autres travaux visant à réhabiliter la pratique comme lieu de production de connaissances (Racine, 2000; Rhéaume, Sévigny, & Tremblay, 2000; Schön, 1994), l'approche de la RAF partage l'idée que les intervenantes ne font pas qu'adapter dans leurs pratiques les connaissances acquises, mais qu'elles en produisent à même leurs réflexions en cours d'intervention et par l'analyse qu'elles font de leurs pratiques (Barbier, 1996; Schön, 1994).

Ainsi, la démarche de RAF a permis de faire émerger des questions et des objectifs de formation et de recherche touchant autant l'expérience, les savoirs, les ressources et les stratégies mobilisés par les intervenantes dans leurs interventions en contexte d'immigration et de diversité ethnoculturelle. L'intérêt des équipes à mieux comprendre les enjeux de l'intervention interculturelle, à documenter et à analyser leurs pratiques s'est ainsi développé à travers une démarche de plus en plus présente en recherche qualitative, celle de donner plus de place et de contrôle aux acteurs qui collaborent avec les chercheurs (Morrisette, 2012). Le succès, la qualité et la rigueur de ces pratiques de recherche dépendent de plusieurs facteurs, dont celui de l'engagement mutuel dans une démarche qui respecte les valeurs et les principes démocratiques (Savoie-Zajc, 2001).

Cette approche inspirée de l'anthropologie médicale interprétative et critique offre une contribution intéressante pour la compréhension des enjeux que soulèvent l'intervention interculturelle et les rapports d'altérité qui se construisent dans la rencontre clinique. D'une part, elle permet de mieux comprendre le sens et la diversité des significations données au handicap en tenant compte des origines, les multiples appartenances propres à chaque personne. D'autre part, elle met en perspective le

système de référence dominant pour les intervenantes du milieu de santé, système essentiellement construit à partir du modèle biomédical, des valeurs de la société majoritaire et qui est imprégné d'enjeux identitaires (De Plaen, 2004). À cet égard, la démarche de RAF conduite avec les intervenantes a utilisé le questionnement sociopolitique, professionnel et personnel qui surgit de la rencontre avec l'« autre » comme outil de compréhension et de transformation.

Discussion

Ces deux exemples qui présentent des démarches de recherches distinctes, menées au sein d'un même établissement, mettent en lumière des formes de recherches qualitatives qui ont comme souci non seulement de documenter les problématiques sociales dans les milieux de santé, mais aussi d'accompagner le renouvellement des pratiques.

Ces façons de faire de la recherche, porteuses à plusieurs égards, renvoient d'abord à une position « de l'intérieur » et « impliquée » qui engage le chercheur dans un travail de réflexion sur sa production scientifique, sur son contexte, son sens et ses visées (Piron & Couillard, 1996).

Ensuite, les exemples montrent que la production des connaissances s'enrichit avec l'association des intervenantes concernées et par la prise en compte de leurs savoirs : c'est *avec* celles-ci que le chercheur qualitatif impliqué poursuit des objectifs de compréhension, dans ses dimensions à la fois critiques et interprétatives. Finalement, c'est aussi *avec* ces mêmes intervenantes engagées dans des pratiques quotidiennes de soutien et d'accompagnement, et dans la démarche de recherche, qu'un dispositif qui vise la transformation et le renouvellement des pratiques se met en place. Cette coconstruction des savoirs et des actions nécessite des rapports fondés sur la confiance et la réciprocité. Comme l'explique Lyet (sous presse), en se référant à la théorie d'Honneth (2000), ce type de rapports se crée véritablement à travers trois niveaux de reconnaissance : relationnelle, juridique et sociale. Cela signifie que c'est dans des rapports humains ouverts et sensibles, dans une légitimation de statuts de partenaires (ou collaborateurs) et finalement, par une valorisation des savoirs comme contribution nécessaire à la production des connaissances, que les chercheurs et les intervenantes se retrouvent ensemble dans une réciprocité transformatrice (Bellot & Rivard, 2013; Honneth, 2000; Lyet, sous presse).

Selon Rhéaume (2007), les pratiques de recherche *avec*, menées dans et avec le milieu de la santé et des services sociaux, favorisent l'émergence d'une *épistémologie pluraliste* qui met en relation, sans toutefois les hiérarchiser, les différentes formes de savoir : savoirs scientifiques, savoirs pratiques (professionnels ou techniques) et savoirs expérientiels. Si les savoirs scientifiques dominent chez le chercheur et prennent forme dans la référence à l'institution universitaire dans laquelle ils s'inscrivent généralement, les savoirs pratiques, quant à eux, prennent la première

place chez l'intervenant ou le gestionnaire et se relie la plupart du temps à un parcours de formation spécialisée, plus ou moins élaboré, et à un groupe d'appartenance professionnel (un ordre professionnel, un titre d'emploi, etc.). Les savoirs expérientiels, pour leur part, sont couramment associés aux personnes ayant recours aux services de santé, bien qu'on les retrouve tout autant chez le chercheur ou l'intervenant. Par conséquent, une *épistémologie pluraliste* considère que la connaissance scientifique, la connaissance pratique et la connaissance expérientielle constituent trois points de vue nécessaires et complémentaires à une saisie complète de toute situation sociale complexe (Rhéaume, 2009).

Les deux recherches qualitatives présentées en exemple dans cet article ont en commun la particularité d'avoir été conçues, développées et réalisées de l'intérieur, par des professionnelles et chercheuses au sein de l'établissement, étudiantes à la maîtrise et au doctorat. La connaissance des enjeux et des contraintes majeures que pose le système de santé et de services sociaux actuel, et la sensibilité aux réalités des intervenantes qui œuvrent auprès de personnes qui ont recours aux services sociaux et de santé ont été les points d'appui de leur démarche et de leurs approches théoriques et méthodologiques.

Les visées de compréhension et de renouvellement des pratiques recherchées ont fait ressortir avec force la nécessité de développer des recherches conjointement, en collaboration, en partenariat, peu importe la forme ou le terme utilisé, mais *avec* les personnes qui y travaillent ou qui viennent y chercher du soutien, de l'accompagnement ou des soins. Cela nécessite un travail important pour le chercheur critique et bien intentionné qui doit se déplacer de sa posture en surplomb, et pour les intervenantes, tout aussi bien intentionnées qui doivent faire un pas de côté face aux allants de soi propres à leurs pratiques quotidiennes. C'est dans la reconnaissance de la complémentarité des savoirs expérientiels, professionnels et scientifiques, et de l'importance de chacun dans la production de connaissances, que ce type de recherche qualitative mené à l'intérieur du milieu de la santé et des services sociaux prend tout son sens.

La contribution de la recherche qualitative dans le contexte actuel est triple. Elle est en premier lieu épistémologique. Dans les milieux de santé, les connaissances sont en grande partie développées au moyen de méthodes quantitatives (biologie, biomédecine, épidémiologie, etc.). Celles-ci sont aussi très présentes dans la recherche sociale qui se conçoit en grande partie en fonction de l'organisation des soins en santé et services sociaux (Lesemann, 1992). Nombre de projets de recherche qui s'y mènent ont des préoccupations de résultats observables, mesurables et surtout généralisables. Les données probantes ainsi obtenues préparent aux bonnes pratiques d'intervention et justifient leur standardisation. Or l'uniformisation évacue la diversité sociale et culturelle, et la multiplicité des contextes qui affectent les réalités vécues des

personnes. En conséquence, comme en témoignent les deux exemples, en dépit de tout l'engagement des intervenantes, l'incorporation d'une analyse contextualisée et la préparation à intervenir avec cette complexité constituent une de leurs attentes par rapport à la recherche, et ce, dans la perspective de répondre adéquatement aux problèmes qui leur sont posés.

En deuxième lieu, l'apport de la recherche qualitative est clinique, c'est-à-dire qu'elle se fait au plus près des personnes qui exercent dans le milieu de la santé et des services sociaux, et de celles qui vont y chercher des soins, de l'aide, de l'accompagnement. La clinique implique une proximité, une rencontre de subjectivités sur la base desquelles se pensent, se construisent et se développent les recherches. L'accès à la pluralité des expériences subjectives que donne la recherche qualitative dans les milieux de santé et services sociaux permet de renouveler les pratiques d'intervention sur la base d'une compréhension des réalités changeantes et complexes des personnes qui reçoivent les soins et les services.

En troisième lieu, la contribution de la recherche qualitative est politique. Mener des recherches *avec* les intervenantes et les personnes qui ont recours aux soins de santé et services sociaux permet des rencontres dans la durée et la création de solidarités (Jacob & Ouvrard, 2009). En plus de faciliter la compréhension réciproque et le rapprochement, ces processus de recherches conjointes mettent en valeur et en dialogue une diversité de savoirs. La production de connaissances qui se fonde sur ces reconnaissances réciproques relève d'une autre logique que celle assujettie aux impératifs d'efficacité et de rentabilité de la NGP. Elle participe à mettre en perspective la logique dominante et à mettre en lumière les possibilités de transformation que possèdent les acteurs eux-mêmes.

En ce sens, les pratiques de recherches qualitatives *avec* les personnes concernées, qui peuvent être des fonctionnaires, des gestionnaires, des chercheurs, des professionnels, des intervenants et des personnes ayant recours aux soins et aux services, viennent offrir à toutes celles-ci la possibilité d'y contribuer à différents niveaux. En effet, la reconnaissance des savoirs et leur mobilisation conjointe dans des démarches de recherche offrent aux différents acteurs des occasions de compréhension approfondie des différentes appartenances, expériences et perspectives de chacun. L'appropriation commune des objets de recherche, que ce soit, par exemple, dans les pratiques de restitution participative ou dans la coconstruction d'une recherche-action-formation, appelle au développement de relations basées sur la confiance et la réciprocité. C'est par la création de ces espaces de proximité, de rencontre et de dialogue entre les différents acteurs-partenaires de la recherche que celle-ci contribue à développer une appropriation du sens et la transformation de la réalité pour les divers acteurs concernés (Vatz-Laaroussi, 2007).

Pour conclure

La NGP et ses objectifs de rentabilité et de performance affectent de plus en plus les pratiques d'intervention dans le milieu de la santé et des services sociaux. Dans la conjoncture actuelle, la recherche qualitative est un levier majeur pour l'intervention sociale aux visées de justice, d'équité et de démocratie. Les deux démarches de recherche présentées dans ce texte en sont des exemples. Poursuivant des objectifs de compréhension et de transformation de l'intérieur, les recherches sont menées en vue de renouveler les pratiques et faire en sorte que les personnes qui sont confrontées à des problèmes de santé ou à des difficultés psychosociales puissent recevoir l'aide, l'accompagnement et les soins adaptés à leurs réalités personnelles, sociales et culturelles. Les deux recherches se fondent sur une *épistémologie pluraliste* qui met en dialogue et en action les chercheuses et les acteurs concernés par l'objet de la recherche. Elles présentent par contre des limites de mise en œuvre liées au temps et à la disponibilité des acteurs pour mener ce type de recherche dans un contexte de temps compté et de surcharge de travail. Au-delà de ces contraintes logistiques, les recherches qualitatives menées *avec* les personnes apportent une contribution épistémologique, clinique et politique inestimable dans la production scientifique dans le champ de la santé et des services sociaux aujourd'hui. Ne serait-ce que pour la reconnaissance, la confiance et la réciprocité, les dialogues qu'elles suscitent et les solidarités qu'elles établissent, tout cela participe à développer des logiques alternatives et documente les manières de voir et de faire qui sont en priorité porteuses d'humanité.

Notes

¹ Pour en connaître plus, voir les travaux de Gilles Bibeau, Ellen Corin, Margaret Lock, Raymond Massé et Francine Saillant.

² L'usage du féminin s'explique par la très grande proportion de femmes dans les métiers d'intervention en santé et services sociaux.

³ Cette disposition facilite la pratique de la recherche, quels qu'en soient les dispositifs méthodologiques. Elle est par ailleurs incontournable dans ce type de recherche *avec*.

⁴ Les extraits présentés sont tirés du mémoire de maîtrise de Desaulniers-Coulombe (2017, pp. 59-60).

Références

- Abelson, J., Allin, S., Grignon, M., Pasic, D., & Walli-Attai, M. (2017). Uncomfortable trade-offs: Canadian policy makers' perspectives on setting objectives for their health systems. *Health Policy*, 121(1), 9-16.

- Barbier, J. M. (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bellot, C., & Rivard, J. (2013). La reconnaissance : Un enjeu au cœur de la recherche participative. *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 105-124.
- Bergier, B. (2001). *La restitution des résultats de la recherche*. Paris : L'Harmattan.
- Bourgeault, G. (2003). L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation : Peut-il en être autrement? À quelles conditions? *Nouvelles pratiques sociales*, 2(16), 92-105.
- Bourque, D. (2009, Juillet). *Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec*. Communication présentée dans le cadre du colloque européen (CEFUTS) : Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires. Université Toulouse 2, Toulouse.
- Cefäi, D. (2009). *Les politiques de l'enquête (II) : Vers une anthropologie critique. La vie des idées*. Repéré à <http://www.laviedesidees.fr/Vers-une-anthropologie-critique.html>
- Charlier, B. (2005). Parcours de recherche-action-formation. *Revue des sciences de l'éducation*, 312, 259-272.
- Chevalier, J., & Buckles, J. D. (2013). *Participatory action research. Theory and methods for engaged inquiry*. New York, NY : Routledge Taylor and Francis Group.
- Coenen, H. (2001). Recherche-action : Rapports entre chercheurs et acteurs. Dans G. Amado, & A. Lévy (Éds), *La recherche-action : Perspectives internationales* (pp. 19-32). Paris : Eska.
- Contandriopoulos, D., Perroux, M., Brousselle, A., & Breton, M. (2014). *Analyse logique des effets prévisibles du projet de loi no. 10 et des avenues d'intervention souhaitables* [Mémoire déposé à l'Assemblée nationale]. Repéré à http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Bulletin/Memoire_loi10_DContandriopoulos.pdf
- Dayer, C., Schurmans, M. N., & Charmillot, M. (Éds). (2014). *La restitution des savoirs. Un impensé des sciences sociales?* Paris : L'Harmattan.
- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherche qualitative, Hors-série*, 3, 28-43.
- De Plaen, S. (Éd.). (2004). *Soins aux enfants et pluralisme culturel*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Ste-Justine, Collection « intervenir ».

- Desaulniers-Coulombe, E. (2017). *L'éducation thérapeutique : Un levier pour le partenariat de soins et de services? Le cas de VERS SA santé* (Mémoire de maîtrise inédit). École de service social, Université d'Ottawa, Ottawa.
- Fortin, F. (2013). Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique : Les pratiques cliniques en contexte pluraliste. *Anthropologie et sociétés*, 37(3), 179-200.
- Good, B. J. (1998). *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*. Paris : Institut Synthélabo.
- Guillemette, S., & Savoie-Zajc, L. (2012). La recherche-action et ses rapports de coconstruction de savoirs et de formation dans une perspective de professionnalisation entre acteurs praticiens et chercheurs. *Formation et profession*, 20(3), 41-52.
- Gurnade, M.-M., & Marcel, J.-F. (2015). La restitution comme espace de confrontation de savoirs pluriels : Le cas d'une recherche-intervention. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 18(2), 31-55.
- Honneth, A. (2000). *Lutte pour la reconnaissance*. Paris : Cerf.
- Jacob, S., & Ouvrard, L. (2009). *Comprendre et entreprendre une évaluation participative. Guide de synthèse*. Québec : Bibliothèque des archives nationales.
- Kleinman, A. (1988). *Illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. New York, NY : Basic Books.
- Kleinman, A. (1995). Anthropology of bioethics. Dans A. Kleinman. (Éd.), *Writing at the margins : Discourse between anthropology and medicine* (pp. 41-76). Berkeley, CA : University of California Press.
- Lamarche, P., Joubert, P., & Maranda, M. A. (2016, 23 Avril). La situation dans le secteur de la santé nous inquiète. Lettre à la vérificatrice générale. *Le Devoir*. Repéré à <http://www.ledevoir.com/non-classe/468961/lettre-a-la-verificatrice-generale-la-situation-dans-le-secteur-de-la-sante-nous-inquiete>
- Laplantine, F. (1993). *Anthropologie de la maladie : Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris : Payot.
- Larivière, C. (2005). Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale. *Interaction communautaire*, 70, 13-16.
- Le Gall, J. (2016). La recherche anthropologique en partenariat en contexte de soin de santé primaire à Montréal. Dans C. Després, S. Gottot, H. Mellerio, & M. Teixeira (Éds), *Regards croisés sur la santé et la maladie : Recherches anthropologiques, recherches cliniques* (pp. 113-124). Paris : Éditions des archives contemporaines.

- Lesemann, F. (1992). La pauvreté : Les aspects sociaux. Dans F. Dumont (Éd.) *Traité de pathologie sociale* (pp. 1-26). Québec : IRSC.
- Lyet, P. (sous presse). Les recherches conjointes entre « chercheurs en continu » et « chercheurs occasionnels ». Dans D.-G. Tremblay, & A. Gillet (Éds), *Les recherches partenariales et collaboratives*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Marcel, J. F. (Éd.). (2016). *La recherche-intervention par les sciences de l'éducation : Accompagner le changement*. Paris : Éducagri éditions.
- Massé, R. (1996). *Culture et santé publique*. Montréal : Gaétan Morin.
- Ménard, M. (2014). Le projet de loi 10 comporte des conséquences graves pour les droits et les besoins des usagers du système de santé [Mémoire déposé à l'Assemblée nationale]. Repéré à http://www.cssante.com/sites/www.cssante.com/files/lettre_jeanpierremenard.pdf
- Mérini, C., & Ponté, P. (2008). La recherche-intervention comme mode d'interrogation des pratiques. *Savoirs*, 1(16), 77-95.
- Merrien, F.-X. (1999). La Nouvelle Gestion publique : Un concept mythique. *Lien social et politiques*, 41, 95-103.
- Morrisette, J. (2012). Quelques ficelles du métier de chercheur collaboratif. *Recherche qualitative, Hors-série*, 13, 5-19.
- Nadeau, J. (2016, 27 Janvier). La révision du panier de services est faite avec une logique comptable. Des chercheurs craignent un démantèlement du système de santé. *Le Devoir*. Repéré à <http://www.ledevoir.com/societe/sante/461310/la-revision-du-panier-de-services-est-faite-avec-une-logique-comptable>
- Parazelli, M. (2010). Pratiques sociales et pratiques managériales : Des convergences possibles? *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), 1-13.
- Parazelli, M., Hébert, J., Huot, F., Bourgon, M., Gélinas, C., Laurin, C., ... Gagnon, S. (2003). Les programmes de prévention précoce : Fondements théoriques et pièges démocratiques. *Service social*, 50(1), 81-121.
- Parazelli, M., Lévesque, S., & Gélinas, C. (2012). La prévention précoce en question. *Nouvelles pratiques sociales, Hors-série 1*, 1-15.
- Piron, F., & Couillard, A. (1996). Présentation. Les usages et effets sociaux du savoir scientifiques. *Anthropologies et sociétés*, 20(1), 7-26.
- Protecteur du citoyen (2014). *Mémoire du protecteur du citoyen présenté à la commission de la santé et des services sociaux*. Repéré à https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/Memoire_projet_de_loi/2014/2014-02-17_Memoire_conditions_vie_CHSLD.pdf

- Racine, G. (2000). *La production de savoirs d'expérience chez les intervenants sociaux*. Montréal : L'Harmattan.
- Rhéaume, J. (2007). Les enjeux d'une épistémologie pluraliste. Dans V. Gaulejac, F. Hanique, & P. Roche (Éds), *La sociologie clinique* (pp. 57-74). Paris : Érès.
- Rhéaume, J. (2009). La sociologie clinique comme pratique de recherche en institution. Le cas d'un centre de santé et services sociaux. *Sociologie et sociétés*, 41(1), 195-215.
- Rhéaume, J., Sévigny, R., & Tremblay, L. (2000). *La sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique*. Montréal : CLSC Côte-des-Neiges.
- Rousseau, C., Alain, N., De Plaen, S., Chiasson-Lavoie, M., Elejalde, A., Lynch, A., & Moss, E. (2005). Repenser la formation continue dans le réseau de la santé et des services sociaux. L'expérience des séminaires interinstitutionnels en intervention transculturelle. *Nouvelles pratiques sociales*, 17(2), 109-125.
- Sainsaulieu, I. (2003). *Le malaise des soignants : Le travail sous pression à l'hôpital*. Paris : L'Harmattan.
- Savoie-Zajc, L. (2001). La recherche-action en éducation : Ses cadres épistémologiques, sa pertinence, ses limites. Dans M. Anadón, & M. L'Hostie (Éds), *Nouvelles dynamiques de recherche en éducation* (pp. 15-49). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Schön, D. A. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Logiques.
- Soulière, M. (2012). *Femmes et ménopause à Cuba : Vies sociales et vies privées. Construction socioculturelle de la ménopause à Cuba : Du corps politique à l'expérience subjective*. Allemagne : Éditions universitaires européennes.
- Vatz-Laaroussi, M. (2007). *Le familial au cœur de l'immigration : Les stratégies de citoyenneté des familles immigrantes au Québec et en France*. Paris : L'Harmattan.

Marguerite Soulière est anthropologue médicale de formation et professeure à l'École de service social de l'Université d'Ottawa. Elle est cofondatrice et codirectrice du réseau international, francophone et interdisciplinaire Recherche avec. Ses travaux cherchent à la fois à documenter les contextes sociopolitiques et économiques dans lesquels sont produits les discours dominants entourant les événements des cycles de vie, et à comprendre de l'intérieur ce que vivent les personnes qui traversent des moments charnières de leur existence, l'interprétation qu'elles en font et le sens qu'elles leur donnent. Ses travaux ont porté sur la construction socioculturelle de la ménopause, la dépathologisation de l'adolescence des garçons et l'évaluation participative de programmes d'intervention auprès des jeunes. Elle

mène en ce moment une recherche collaborative et internationale sur les effets des interventions entourant la naissance d'un enfant sur le devenir parent et la parentalité.

Geneviève Saulnier est chercheuse d'établissement au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. Elle a une formation en sociologie et en psychiatrie transculturelle, et elle complète actuellement un doctorat en service social (FRQSC 2012-2015). Elle s'intéresse à l'expérience des personnes (intervenantes, et personnes et familles usagères des services) et au renouvellement des pratiques d'intervention sociale à partir d'approches participatives et collaboratives. Son projet de recherche doctoral (en cours) porte sur l'expérience des familles immigrantes vivant avec un enfant en situation de handicap.

Estelle Desaulniers-Coulombe est agente de planification, de programmation et de recherche au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais. Elle a récemment terminé ses études de maîtrise à l'École de service social de l'Université d'Ottawa. Elle s'intéresse particulièrement à la relation thérapeutique, au partenariat de soins et de services, ainsi qu'à l'éducation thérapeutique.

Décrire des activités prudentielles pour aider à les réhabiliter? Enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires dans les permanences d'accès aux soins de santé en France

Florent Champy, Docteur en sociologie

Centre national de la recherche scientifique (CNRS), France

Résumé

L'article porte sur les rapports entre recherche qualitative et sagesse pratique. Il montre d'abord que la sagesse pratique est cruciale dans le soin, mais méconnue. Elle est aussi fragilisée par des évolutions culturelles et organisationnelles de l'hôpital que cette méconnaissance a permises. Certains soignants adhèrent ainsi à ces évolutions, tout en rencontrant des difficultés provoquées par l'inadaptation croissante de l'hôpital à l'exercice prudentiel de leur activité. L'article présente ensuite des services dédiés à des personnes en grande précarité, pour lesquelles une démarche prudentielle est un enjeu particulier, et une innovation visant à restaurer des marges de réflexivité prudentielle. Cet exemple sert enfin à expliciter deux enjeux associés à la conduite de recherches qualitatives sur l'hôpital : classiquement, dans la tradition interactionniste, rendre visible la sagesse pratique en décrivant l'activité; de façon plus originale, dans le cadre d'une recherche-action, accompagner les innovations pensées en réponse aux difficultés de l'exercice prudentiel.

Mots clés

PROFESSIONS, ARCHITECTURE, MÉDECINE, ENGAGEMENT, THÉORIE SOCIOLOGIQUE

Introduction

Une raison classique de conduire des recherches qualitatives sur l'hôpital est de rendre visibles des activités rendues socialement invisibles par les rapports hiérarchiques entre catégories professionnelles et les représentations des métiers que ces hiérarchies induisent. Les travaux de Francine Saillant sur les infirmières et ceux d'Anne-Marie Arborio sur les aides-soignantes illustrent bien cet usage de la recherche qualitative sur le milieu hospitalier (Arborio, 2001; Saillant, 2000). Leur approche se situe dans la tradition de la deuxième école de Chicago, qui avait privilégié l'étude des petits métiers pour rompre avec une sociologie fonctionnaliste pour laquelle seules les

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 36(2), pp. 153-172.

LES ENJEUX ACTUELS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE À L'HÔPITAL ET DANS LES INSTITUTIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

© 2017 Association pour la recherche qualitative

professions étaient dignes d'intérêt (Hughes, 1997). Dans la même tradition, Freidson a aussi décrit l'hôpital comme un monde où les médecins, par le pouvoir qu'ils concentrent, occultent la présence d'autres acteurs dont la contribution au travail, et parfois à la décision médicale, est pourtant cruciale (Freidson, 1984).

La recherche présentée ici vise à rendre visible ce qui ne l'est pas, et, pour des raisons sur lesquelles nous reviendrons, seule la recherche qualitative le permet. Elle rompt cependant aussi avec la tradition interactionniste sur deux points. En premier lieu, elle n'est pas centrée sur la contribution de métiers subalternes au travail hospitalier. Au contraire, elle part du constat que des évolutions récentes de l'hôpital ont fini par rendre invisible une dimension importante du travail des médecins eux-mêmes. Elle porte donc sur des décisions prises par les médecins, même si d'autres acteurs, infirmières et assistantes sociales notamment, y participent aussi. Cette dimension cachée du travail des médecins correspond à ce que l'on peut appeler, à la suite d'Aristote, la prudence ou la sagesse pratique. C'est pourquoi la recherche présentée ici suppose aussi, en second lieu, de rompre avec l'indistinction entre types d'activité qui domine la sociologie des professions depuis que les interactionnistes ont critiqué le concept fonctionnaliste de professions (Champy, 2012a). En effet, elle relève d'un programme de recherche portant sur un type particulier de profession, les « professions à pratique prudentielle », évoluant dans des contextes de travail très bureaucratisés. Il ne s'agit pas pour autant d'un retour au fonctionnalisme, car sa critique par les interactionnistes est indépassable. Les professions à pratique prudentielle se distinguent assez nettement des professions au sens fonctionnaliste, et les deux ensembles coïncident mal (Champy, 2012a). De plus, une différence de fond importante existe entre nos approches : alors que les fonctionnalistes définissaient les professions avant tout par leur statut, ce sont les contenus de travail qui sont essentiels pour distinguer les activités prudentielles. Comprendre ces contenus est donc un aspect important de leur étude, et c'est là une première raison pour laquelle la recherche qualitative est cruciale pour la connaissance de ce type de profession.

Nous commencerons par présenter le concept de sagesse pratique, ainsi que deux raisons pour lesquelles il est aujourd'hui important de s'y intéresser à l'hôpital : la médecine est emblématique des activités requérant un degré particulièrement élevé de sagesse pratique, mais cette dernière est invisibilisée et entravée par des évolutions récentes de l'hôpital. Nous présenterons ensuite l'activité particulière sur laquelle les recherches actuellement conduites à l'hôpital portent et les directions que prennent ces recherches. Pour finir, nous tenterons de montrer, notamment à partir d'un cas précis de prise en charge, pourquoi la recherche qualitative est un enjeu important sur un plan tant heuristique que pratique.

Sagesse pratique, médecine et hôpital

« Sagesse pratique » est, à côté de « prudence »¹, une des traductions en français du concept aristotélicien de *phronesis*, qui désigne le mode de pensée requis pour conduire des actions dans des situations que leur singularité et leur complexité chargent d'une forte incertitude (Aristote, 1994; Aubenque, 1963). La sagesse pratique est aussi une vertu, car elle vise à éviter à autrui les dommages qui seraient encourus si l'on méconnaissait cette incertitude. La sagesse pratique s'oppose notamment à toute application mécanique de règles trop abstraites (c'est-à-dire qui n'ont pas été pensées assez précisément par référence aux cas ou situations auxquels elles doivent s'appliquer), de procédures formalisées, de savoirs scientifiques ou de routines. Elle requiert donc notamment une attention particulière aux caractéristiques concrètes de ces cas ou situations, en sorte de saisir la complexité et la singularité. Mais l'observation et l'analyse approfondies ne permettent pas de lever toute l'incertitude. C'est pourquoi la sagesse pratique est aussi conjecturale. Pour pouvoir agir, l'homme prudent doit parfois accepter de faire des paris². Lestés par l'expérience de cas plus ou moins proches rencontrés précédemment (par expérience directe, au cours de sa formation, dans la littérature professionnelle...), ces paris n'en sont pas moins susceptibles de se révéler malheureux. On peut y voir une faiblesse de la sagesse pratique, mais il s'agit alors d'une faiblesse inévitable, dès lors que l'on regarde en face les situations auxquelles elle sert à répondre, et que l'on comprend même qu'elle seule permet d'y répondre, puisque l'incertitude met en échec toutes les démarches mécaniques prétendant à davantage de sûreté. La sagesse pratique est une rationalité modeste, mais réaliste et exigeante (Champy, 2017).

De plus, la prudence a une forte dimension délibérative, et une particularité importante est que les délibérations sont susceptibles d'englober les finalités mêmes de l'activité. En effet, dans des situations recelant une part d'indétermination, l'action est incertaine non seulement quant aux moyens qu'elle suppose d'employer, mais aussi quant à ses fins. La complexité des cas traités empêche souvent de satisfaire autant de souhaitable chacune des fins de l'activité, comme par exemple, en médecine, maximiser les chances de guérison tout en limitant les inconvénients et les risques des traitements ou, dans l'éducation, développer à la fois l'autonomie et la confiance en soi, et le respect des règles et la capacité à obéir des élèves. La bonne pratique est donc affaire de discernement dans la façon de hiérarchiser et d'équilibrer les fins concurrentes de l'activité, autant que quant à l'opportunité d'utiliser différentes techniques pour la poursuite de ces fins. C'est pourquoi les activités prudentielles sont beaucoup plus susceptibles que d'autres de mobilisation de leurs membres pour la défense de façons normatives particulières (c'est-à-dire politiques) de conduire le travail, et les exemples de tels jeux avec la hiérarchie des finalités de l'activité sont multiples dans l'histoire des professions (Champy, 2012b³).

La médecine est souvent considérée comme l'activité prudentielle par excellence (Aubenque, 1963; Ricœur, 2001), parce qu'elle compose avec l'individualité des malades et la complexité du corps et du psychisme humains. L'incertitude du diagnostic, celle de l'efficacité des traitements, ou encore la nécessité de hiérarchiser avec discernement les finalités parfois contradictoires du travail illustrent parfaitement les traits généraux des activités prudentielles. Ainsi, un traitement doit parfois être tenté sans que la nature précise du mal soit connue avec certitude. Les travaux de Michel Castra (2003) sur les soins palliatifs ont aussi montré que, face à des routines curatives dont les excès se prêtent à la critique, les débats sur les pratiques professionnelles font émerger une nouvelle éthique du soin : ce sont alors bien les finalités du travail (prolonger à tout prix la vie ou permettre une fin plus sereine) qui sont en jeu. Dimension conjecturale et dimension politique de la médecine empêchent ainsi de trouver dans la seule technique les réponses à toutes les difficultés rencontrées en situation d'incertitude.

Le concept de sagesse pratique n'est pas pour autant familier dans le monde hospitalier. Au contraire, le revers de succès techniques impressionnants est d'avoir contribué à rendre la dimension prudentielle de l'activité invisible (Champy, 2015a). Ainsi, pour le diagnostic, les apports de la recherche biomédicale et de l'imagerie⁴ ont fourni aux médecins des instruments d'investigation spectaculaires, faisant passer au second plan la contribution de la clinique. Dans le cas de la décision médicale, le développement des techniques de l'épidémiologie a fait entrer les statistiques et les probabilités (donc les mathématiques) au cœur de la pratique, notamment avec l'Evidence-Based Medicine, ou médecine des preuves. En cancérologie, l'usage de ces méthodes permet de déterminer les protocoles les mieux adaptés à des cas caractérisés par un tableau de symptômes. La protocolarisation des soins qui en découle est une aide pour le médecin, qui est ainsi en mesure de dire quel traitement offre le plus de chances de succès compte tenu des caractéristiques du malade et de sa pathologie. La dimension conjecturale du travail recule alors. Cognitivement, la médecine, qui avait longtemps été vue comme un « art », se rapproche d'une pratique très balisée scientifiquement, faisant parfois naître l'espoir que la science vienne à bout des résidus d'incertitude et de pari dans la décision. Certains commentateurs de ces évolutions y voient même des raisons d'annoncer la possible disparition du médecin tel que nous le connaissons aujourd'hui (Vallancien, 2015), c'est-à-dire comme professionnel prudentiel.

Pour des raisons cognitives, la sagesse pratique tend ainsi à devenir invisible, et ses exigences difficiles à exprimer. Ce changement dans les représentations de la médecine serait cependant sans grande conséquence s'il ne s'accompagnait pas de plusieurs autres évolutions qui tendent plus directement à fragiliser la sagesse pratique. L'une d'elles est la profonde modification des conceptions du professionnalisme que les usagers ou clients sont en droit d'attendre des professionnels œuvrant dans des

organisations (Champy, 2016; Evetts, 2003; Fournier, 1999). Le « professionnalisme occupationnel », qui valorisait fortement les savoir-faire de métier et l'autonomie de leur mise en œuvre, est peu à peu supplanté par un « professionnalisme organisationnel » valorisant d'autres qualités : la performance, la responsabilité, la capacité à faire preuve d'objectivité dans les décisions. Mais là où des incertitudes fortes et irréductibles donnent une large place à la sagesse pratique, ces nouvelles attentes sont impossibles à satisfaire. Comment un professionnel pourrait-il être objectif quand il est confronté à une incertitude telle qu'il ne peut répondre que d'une façon qui comporte une dimension de pari? Comment peut-il à la fois être toujours plus performant et rester attentif à la complexité des cas dont il a à traiter? Ces questions ne sont pas seulement théoriques. Elles se posent aux médecins de façon parfois aiguë au cœur même de leur pratique, malgré les techniques dont ils disposent. Et quand ces médecins adhèrent aux valeurs du professionnalisme organisationnel, ce qui est de plus en plus fréquent, cela risque de renforcer leur inconfort, voire leur souffrance, par rapport à des injonctions qu'ils sont alors portés à considérer comme légitimes, mais qu'ils ne peuvent pas toujours satisfaire.

Outre le triomphe de la technique, l'invisibilité de la sagesse pratique et le cadre culturel du nouveau « professionnalisme organisationnel », on peut encore mentionner deux évolutions de l'hôpital posant des difficultés du point de vue de la sagesse pratique. Elles sont de nature organisationnelle. La première est une division du travail croissante, par exemple entre médecins spécialisés, qui nuit parfois à la vue d'ensemble des malades. Dans la médecine de ville, des tentatives ont existé de réagir à la division du travail en instaurant des maisons et des pôles de santé interprofessionnels. Plus généralement, l'interprofessionnalité est devenue un thème majeur de réflexions sur la médecine contemporaine. Mais l'hôpital, lieu d'exacerbation des distinctions fonctionnelles et hiérarchiques entre spécialités et entre métiers, est largement resté à l'écart de cette évolution. Par ailleurs, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009 a modifié le mode de rémunération des actes médicaux afin de favoriser des actes techniques que le budget global de l'hôpital tendait auparavant à dissuader. Une « tarification à l'activité » (T2A) a été instaurée pour la plupart des soins. Mais la contrepartie de l'encouragement aux actes les plus techniques est l'insuffisante reconnaissance, de l'avis de nombreux médecins, d'actes moins techniques. Aussi des missions de l'hôpital comme la prévention, le dialogue avec le malade et l'éducation médicale tendent-elles à être découragées. Or elles entretiennent un rapport étroit avec la sagesse pratique, puisqu'elles visent, grâce à un rapport direct avec le malade, à tenir compte dans sa prise en charge de dimensions concrètes diverses de sa situation (son mode de vie, ses ressources pour faire face aux aléas de la maladie, ses préférences, etc.) souvent négligées par la médecine d'organe et la biomédecine, pour lesquelles la décision médicale peut se limiter à la mise en place d'actes techniques, sur la base du contenu du dossier médical.

Ainsi, travailler avec prudence se heurte à des obstacles culturels et organisationnels croissants. Ce qui est en jeu est difficile à penser précisément pour les soignants, qui ne connaissent en général pas le concept de sagesse pratique. L'invisibilité de cette dernière a été un facteur favorable à ces évolutions, même si elle n'en est pas la cause. Mais les soignants ont en revanche une excellente connaissance tacite des exigences de la sagesse pratique, ce qui rend certains d'entre eux critiques à l'égard des évolutions managériales de l'hôpital. La recherche que nous présentons ici vise à étudier les entraves à la sagesse pratique dans le travail hospitalier et les initiatives prises par des soignants particulièrement fragilisés par ces évolutions afin de tenter d'y remédier.

L'enquête sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

Le terrain de cette enquête est constitué par des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), où sont soignées des personnes qui, souvent faute de bénéficier d'une protection sociale couvrant le risque de maladie, sont exclues d'autres lieux de soins. Beaucoup sont des étrangers soit en situation irrégulière, soit récemment arrivés en France. Les PASS accueillent ainsi des personnes qui, très souvent, se différencient d'autres malades à l'hôpital par leurs conditions de vie : extrême précarité et exclusion pouvant aller jusqu'à l'absence d'hébergement stable, à des difficultés pour se nourrir et à la désocialisation. Par les difficultés qu'elles posent, ces conditions de vie sont susceptibles d'interférer avec les traitements, et les clés de l'amélioration de la santé de la personne sont parfois ailleurs que dans le (seul) traitement donné par le médecin : dans l'hygiène et les conditions de logement, dans l'alimentation ou encore dans la lutte contre la violence des rapports sociaux subis, notamment pour les migrants. Une prise en charge médicale est cependant souvent indispensable.

Créées par une loi de lutte contre l'exclusion en 1998 et au nombre de 470 en France, les PASS sont assez diverses. Cependant, elles partagent des traits qui les distinguent d'autres services hospitaliers. Le premier est la place importante de l'interprofessionnalité. Dans toutes les PASS travaillent des infirmières et des assistantes sociales. C'est vrai aussi d'autres services hospitaliers, mais ici le travail est plus « horizontal », pour employer un terme des acteurs eux-mêmes, bien conscients de l'enjeu. Il est par exemple plus fréquent de voir des personnels de statuts inégaux déjeuner ensemble. Les échanges verbaux informels sont aussi plus fréquents. Les infirmières et les assistantes sociales sont plus souvent associées à des réunions ou à des discussions informelles sur les malades qu'ailleurs dans l'hôpital. Ce premier trait distinctif s'explique par le fait que les PASS sont un lieu de rapprochement du social et du médical, dans le cadre d'une approche des malades où la perspective holistique est plus présente que dans le reste de l'hôpital, organisé sur la base de la spécialisation. Or cette dimension holistique est habituellement au cœur de la représentation que les infirmières ont de leur travail (Feyfant, 2016). Dans les PASS, les infirmières ont un

rôle d'écoute et d'orientation des malades, dont elles se font raconter l'histoire. La réponse sera essentiellement médicale dans de nombreux cas, mais elle s'accompagne d'une écoute qui n'est pas exclusivement médicale – nous en verrons un exemple où les médecins eux-mêmes sont directement impliqués. De même, dans certaines PASS, les assistantes sociales ont un rôle plus large que celui qui leur est formellement prescrit, et qui est le même qu'ailleurs dans l'hôpital. Dans l'organisation des PASS, les assistantes sociales ont comme principale fonction officielle de traiter des problèmes de financement. Concrètement, il s'agit d'aider les malades qui se présentent à la PASS sans bénéficier de couverture de leurs risques santé, à en obtenir une (couverture maladie universelle, aide médicale d'État), en sorte de limiter les factures impayées, dans l'intérêt de l'hôpital. Mais des médecins des PASS tentent d'associer les aides-soignantes à une évaluation plus large de la situation des personnes accueillies. Il ne s'agit alors plus seulement de travailler sur les droits à une couverture du risque maladie, mais aussi de réfléchir aux conditions de vie de la personne et aux ressources extérieures qui pourraient être mobilisées pour les améliorer, par exemple en cherchant un hébergement. Ainsi, face aux difficultés, l'étendue des questions effectivement abordées par le personnel des PASS est une deuxième caractéristique de ces dernières, même si les obstacles à cette démarche sont grands, comme nous le verrons.

La nécessité d'une démarche holistique est d'autant plus forte quand les situations rencontrées sont dramatiques. On peut le saisir en s'attardant sur un dispositif original mis en place à la PASS Verlaine de l'hôpital Saint-Louis pour traiter les cas les plus difficiles, soit les réunions de concertation pluridisciplinaire médicosociales et éthiques (RCP-MSE). Ce dispositif est propre à Saint-Louis, mais dans les autres hôpitaux, des moments de décisions collectives sont aussi découplés du flux quotidien de l'activité, pour des cas délicats. Pensées sur le modèle des réunions de concertation pluridisciplinaire en oncologie, les RCP-MSE ont cependant une finalité très différente, au point que le cas d'un malade puisse être examiné successivement par chacune de ces deux instances. La RCP d'oncologie traite exclusivement du problème médical : dans quel protocole faire entrer chaque personne, et si l'application d'un protocole n'est pas pertinente, comment définir un traitement adapté? En revanche, une RCP-MSE est convoquée quand il s'agit de traiter de l'adaptation d'une décision médicale aux conditions de vie de la personne ou aux contraintes économiques de l'hôpital, c'est-à-dire quand une décision « purement médicale » ne poserait aucun problème, mais que la situation de la personne rend cette décision sujette à interrogation : les conditions de vie font que le traitement prévu au protocole ne serait pas supporté; l'amélioration de ces conditions de vie est un enjeu médical aussi important, voire plus, que les traitements; l'expatriation est un facteur de fragilité à prendre en compte; ou encore la contrainte économique de l'absence de couverture maladie oblige à des choix difficiles. Comment tenir compte de l'ensemble

de ces contraintes, qui ne rendent pas toujours possibles ni souhaitables les soins qui seraient mis en place pour d'autres personnes, sans diminuer les chances des malades? C'est de cette question que les RCP-MSE traitent.

Les RCP-MSE se distinguent en conséquence de plusieurs autres façons. Elles concernent un très petit nombre de personnes accueillies à la PASS, quelques dizaines par an, alors que les RCP d'oncologie peuvent traiter des dizaines de cas par mois. Cette rareté rend un fonctionnement atypique possible. Alors que les RCP sont composées exclusivement de médecins, chaque RCP-MSE réunit normalement au moins un médecin de la PASS, un ou des médecins du service ayant pris en charge le malade (par exemple un oncologue), parfois d'autres médecins (par exemple le médecin responsable de l'équipe de soins palliatifs), une ou des infirmières de la PASS, une ou des assistantes sociales, la cadre de travail social de l'hôpital, et un représentant de l'administration de l'hôpital, membre de la direction des finances ou du service des admissions. Les RCP-MSE se distinguent ensuite par la temporalité du travail. Alors que les RCP examinent chaque dossier en quelques minutes, une RCP-MSE peut consacrer plus d'une heure à une personne. Tout concourt à cet allongement de la réunion : le nombre de participants, le fait qu'au rappel de la situation médicale du malade s'ajoute la présentation de sa situation sociale, de ses ressources et de son parcours de soins, et le caractère non systématique de la réponse, qui est une autre caractéristique importante.

Une autre différence particulièrement importante est en effet que, alors que la prise en charge des malades atteints de pathologies graves, et notamment de cancers, passe de plus en plus par l'application de protocoles de soins, les PASS s'en écartent plus souvent. C'est même la raison d'être des RCP-MSE de permettre des choix adaptés à l'ensemble des caractéristiques médicales et sociales des malades, au lieu d'appliquer mécaniquement des protocoles qui pourraient s'avérer inadaptés. Ainsi, se situer en marge de l'activité habituelle de l'hôpital, avec des contraintes économiques et sociales supplémentaires, a pour effet de neutraliser certains automatismes devenus inadéquats, lesquels sont remplacés par une démarche plus interprofessionnelle, plus holistique et plus réflexive. C'est une des raisons de s'intéresser aux PASS quand on veut se pencher sur la sagesse pratique. Nous avons vu que la médecine est emblématique des activités prudentielles. Mais les choses se complexifient encore si l'on prend en compte les conditions de vie sociales et matérielles des malades. Pour les personnes accueillies dans les PASS, les traitements qui sont habituellement donnés à des malades ne connaissant pas les mêmes difficultés peuvent s'avérer inadaptés. Les personnes accueillies dans les PASS, parce qu'elles mettent les approches techniques à l'épreuve de leur inadaptation, provoquent des écarts et conduisent ainsi à reconquérir des marges de liberté ignorées ailleurs.

Mais les PASS n'en sont pas moins fortement encastrées dans l'hôpital. Elles en utilisent les ressources, en adressant leurs malades aux autres services de l'hôpital et en sollicitant des dépenses au-delà de la mission d'intérêt général (MIG) qui leur est attribuée. Elles en subissent aussi les contraintes : la contrainte économique, bien sûr, mais aussi les contraintes liées à la conception que leurs partenaires ont du travail. De plus, leur activité ne jouit pas d'une forte considération ailleurs dans l'hôpital, où la technique et la spécialisation sont davantage valorisées. Les enjeux qui lui sont associés ne sont pas compris de professionnels du soin dont l'activité est centrée sur des actes techniques ni des membres de l'administration dont les cadres de pensée sont fortement bureaucratiques. Notamment, leurs interlocuteurs dans le reste de l'hôpital (médecins, personnels de direction) ne saisissent pas spontanément la logique médicale et sociale originale des PASS. Ainsi, les obstacles à la sagesse pratique sont ressentis plus durement dans les PASS qu'ailleurs dans l'hôpital.

À l'hôpital Saint-Louis, les RCP-MSE, où nous avons vu que ces personnels sont parties prenantes, ont aussi comme fonction de socialiser les partenaires des soignants des PASS à cette démarche. Mais pour les raisons culturelles et organisationnelles que nous avons énoncées plus haut, cette socialisation est difficile. Quand un cas a fait clairement ressortir les limites de l'organisation du travail dans l'hôpital et l'utilité de réflexions pluriprofessionnelles visant à adapter le travail à ses singularités, et que la démarche des personnels des PASS a donc été comprise, cela ne modifie pas pour autant durablement les attentes à l'égard des PASS, qui doivent réaffirmer leur utilité sociale et leur spécificité. De retour face au flux de leur activité courante, les médecins retrouvent leurs routines associées à la valorisation de la technique, et les membres de l'administration, les objectifs généraux de leur politique et les indicateurs, notamment financiers, qui permettent de la conduire.

Face aux difficultés liées à l'encastrement de l'activité dans une organisation technique et bureaucratique, les personnels des PASS se sont organisés au sein d'une association relevant de la loi de 1901, et qui sert de cadre à une réflexion collective sur les conditions de travail et les pratiques. À travers ces réflexions, les membres les plus engagés dans le collectif voient aussi dans les PASS des laboratoires pour des innovations qui pourraient être étendues ailleurs dans l'hôpital. Des chercheurs en sciences humaines et sociales sont sollicités pour intervenir dans les colloques et éventuellement participer de façon plus suivie aux réflexions du collectif. Parmi les réflexions de portée générale, la T2A a été un objet de critique particulièrement ciblée (Georges, Astre, & Pierru, 2015). Les statuts de ce collectif ont été déposés en février 2011. En juin 2016, il est devenu le Collectif national des PASS et s'est doté d'un conseil d'administration et de groupes de travail consacrés à la recherche, aux bonnes pratiques et à la communication. La recherche tient en effet une place centrale dans le travail de visibilisation et de légitimation de l'activité des PASS.

Sagesse pratique, recherche qualitative et études de cas

Les réflexions engagées dans le collectif se comprennent aisément à la lumière de la « forte densité prudentielle de la pratique »⁵ médicale en général, et de la situation particulière des malades des PASS qui augmente encore cette densité. Elles constituent une réponse aux difficultés rencontrées pour échapper, dans l'hôpital, à une parcellisation et à une mécanisation du travail préjudiciables à la sagesse pratique. C'est pourquoi je propose de qualifier les acteurs engagés dans les réflexions générales sur l'hôpital « d'entrepreneurs de prudence », en adaptant la formule de Becker « entrepreneurs de morale » (Becker, 1985). La démarche générale de recherche que nous allons maintenant présenter trouve son sens et ses modalités dans cet « entrepreneuriat de prudence » qu'il s'agit à la fois d'étudier et d'accompagner. Il s'agit moins d'une recherche unitaire *stricto sensu* que d'une démarche de recherche visant à produire un ensemble de travaux qui, outre leur intérêt pour les sciences sociales, concourent à l'objectif commun d'augmenter l'intelligibilité et la visibilité du travail prudentiel. Avant d'expliquer pour quelles raisons cet objectif suppose de donner une large place aux recherches qualitatives, nous allons présenter les principaux questionnements et terrains de ces recherches.

La décision de m'intéresser aux PASS fait suite à la rencontre, dans un colloque⁶, de Claire Georges, la médecin responsable de la PASS Verlaine de Saint-Louis. Je connaissais son travail par un article ayant déjà établi le lien entre RCP-MSE et approche prudentielle (Pierru, 2013). À cette époque, le travail d'infirmières coordinatrices de parcours de soins en cancérologie m'intéressait dans le cadre d'un projet finalement abandonné avec l'Oncopôle de Toulouse. Claire Georges m'a invité à venir observer le travail des infirmières de la PASS Verlaine, où la coordination des parcours de soins tient aussi une large place. J'ai entrepris un travail d'observation de l'accueil des malades et réalisé des entretiens informels, puis les échanges répétés avec les personnels de la PASS m'ont fait découvrir l'intérêt plus large de ces services, me conduisant à diversifier mes terrains d'investigation. Mon second centre d'intérêt a ainsi été les RCP-MSE de l'hôpital Saint-Louis et, plus généralement, la façon dont les décisions difficiles sont découplées du reste de l'activité. Puis mon intérêt pour les PASS m'a conduit jusqu'aux réunions du collectif, et l'enquête s'est étendue à un troisième volet : « l'entrepreneuriat de prudence ». Ces trois terrains s'intègrent dans une réflexion plus large sur la sagesse pratique en permettant de saisir les modes de présence de cette dernière dans le travail des soignants, les obstacles rencontrés et les actions de certains soignants qui s'engagent pour combattre ces obstacles. Les interrogations générales sur la sagesse pratique expliquent ainsi la démarche de recherche consistant à lancer plusieurs enquêtes parallèles.

Une autorisation d'observer le travail des personnels des PASS, RCP-MSE comprises, a été obtenue auprès de l'administration pour la PASS de l'hôpital Saint-

Louis, à Paris, et pour celle de La Grave, à Toulouse. L'intérêt des médecins pour la réflexion sur leur activité a beaucoup facilité cette demande, les deux responsables des PASS ayant servi d'intermédiaires. La coopération qui se met en place est ainsi un facilitateur essentiel du travail. Au-delà de l'autorisation initiale, l'enquête est tributaire, de façon récurrente, de l'intérêt des soignants pour la visibilité de leur travail, et de discussions dans le cadre du collectif, des colloques et journées d'étude, ou encore en marge du travail d'observation.

Je suis enfin devenu membre du collectif, puis membre de son conseil d'administration et de sa commission de recherche. Recherche sociologique personnelle et recherche-action, pour laquelle le travail s'intègre dans un projet collectif préexistant, sont désormais étroitement enchevêtrées, chacune nourrissant l'autre. La recherche-action met le chercheur au cœur de son objet. Elle ne serait pas compatible avec la distance que créerait une recherche purement quantitative. Elle apparaît ici comme le point limite de la recherche qualitative, qu'elle ne remplace pas, mais dont elle complète les composantes plus classiques que sont l'observation, les entretiens et le travail documentaire.

Recherches quantitatives et recherches qualitatives cohabitent cependant dans les activités des membres du collectif. Certains ont entrepris de décrire l'activité avec les méthodes de l'épidémiologie. Une recherche en cours pour le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* fera ainsi ressortir les spécificités des pathologies traitées dans les PASS et des parcours de santé des personnes précaires, à partir d'un questionnaire rempli en octobre 2016 par 35 PASS pour 1107 malades. Ce type de démarche répond à la fois à des enjeux de connaissance, de visibilité et de légitimation de l'activité. Mais cela ne suffit pas à rendre compte de la richesse et des difficultés de cette dernière. Un enjeu pour le collectif est de produire aussi des travaux moins conformes aux normes actuelles de la recherche dans l'hôpital. La commission de recherche réfléchit ainsi à la création d'un observatoire sur plusieurs thématiques : les obstacles à la prise en charge; la prise en charge des problèmes psychiques; la coordination du travail lors du retour des malades dans le système courant de santé, pour ceux qui obtiennent une couverture maladie. Il s'agit d'abord de collecter les travaux existants, puis de produire une grille de signalement des cas intéressants sur ces questions. L'objectif sera ensuite d'exploiter ce matériau en l'accompagnant de recherches qualitatives sur les cas intéressants, et notamment d'entretiens rétrospectifs.

Comment expliquer les liens étroits entre sagesse pratique et recherche qualitative? La première explication, qui vaut aussi pour d'autres objets de recherche, tient à l'objectif de redonner de la visibilité à la sagesse pratique. Conformément à la tradition interactionniste déjà évoquée, nous partons du constat que seule la recherche qualitative permet de rendre visible ce qui ne l'est pas. En effet, elle seule consiste à décrire suffisamment finement les contenus de travail pour se laisser surprendre, au

cours de la recherche, par leur richesse. Ainsi, des recherches ont contribué à combattre l'invisibilité de métiers invisibles (Arborio, 2001; Saillant, 2000). De même, en décrivant le travail hospitalier à travers le prisme du concept de prudence, des dimensions nouvelles apparaissent : la nécessité et les difficultés de l'ancrage du travail dans chaque cas concret; l'importance de pouvoir avoir une vue d'ensemble des cas abordés; la possibilité, malgré les pressions pour un rythme soutenu de travail, de découpler la réflexion sur les cas les plus difficiles du flux de l'activité courante; les tensions auxquelles les personnels du service sont confrontés, qui les obligent à bricoler des solutions différentes de celles qui ont habituellement cours à l'hôpital; l'impossibilité de satisfaire à toutes les exigences du travail de façon tout à fait probante... Or nous avons vu que cette invisibilité des difficultés du travail le fragilise. Elle crée de l'incompréhension de la part de collègues ou de membres de la direction de l'hôpital, et peut provoquer des attentes d'une pratique aussi performante qu'ailleurs, avec des résultats aussi prévisibles, attentes que la densité prudentielle de l'activité empêche de satisfaire. Ces difficultés ne peuvent être mises au jour qu'en étudiant des cas, selon une démarche de sociologie qualitative. Il s'agit alors de porter l'attention sur les parcours de soins, les logiques des décisions médicales et sociales, les obstacles posés par le cadre réglementaire de l'activité, les ressources disponibles, les façons de penser des partenaires des médecins et les solutions inventées. L'enjeu de ce type d'enquête est non seulement scientifique, mais aussi pratique.

Si fines que soient les catégories utilisées, des études purement statistiques ne permettraient pas de rendre compte de ce qui fait justement la difficulté du travail et suppose les réponses les plus prudentielles : le cas imprévu, le grain de sable qui conduit à écarter les réponses qui, à cette petite différence près, seraient adaptées pour la plupart des malades, l'obstacle posé sur la voie à suivre par une règle qui s'impose aux acteurs ou que certains imposent à d'autres. Voir ces difficultés suppose d'étudier des cas en profondeur, comme seule la recherche qualitative le permet. Un exemple tiré d'une RCP-MSE de l'hôpital Saint-Louis sera plus clair que tous les discours généraux possibles.

Un exemple de RCP-MSE

Toutes les informations ci-dessous viennent de cette RCP-MSE, qui n'a pas encore donné lieu à un travail complémentaire d'enquête. La décision à prendre concerne une malade du cancer de trente ans, mère de plusieurs enfants, vivant sous une tente à Paris avec son compagnon. Ses enfants vivent dans son pays d'origine. Elle a été accueillie aux urgences dans un hôpital de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) puis hospitalisée, et un diagnostic précis de cancer a été posé deux semaines plus tard. Le cas a déjà été présenté au cours d'une RCP d'oncologie. Dans les protocoles actuels, il relève d'un traitement de radiothérapie suivi d'une surveillance régulière. Le service de radiothérapie de l'hôpital Saint-Louis a été contacté par l'hôpital où la

malade est hospitalisée pour la mise en place du traitement. Étant arrivée depuis moins de trois mois sur le territoire, cette malade ne peut pas bénéficier de l'aide médicale d'État. D'un point de vue strictement médical, ce cas ne présente aucune difficulté. Le traitement, qui coûte moins de 5000 euros, sera finalement pris en charge sans grande discussion dans le cadre de fonds destinés aux soins urgents et vitaux. Une RCP-MSE aurait été inutile si un problème d'une autre nature ne s'était pas présenté.

L'hôpital où la malade a été hospitalisée est éloigné de Saint-Louis. La malade présente de plus un problème fonctionnel pour la marche, tout à fait bénin, mais qui rend ses déplacements difficiles. Aussi les médecins pensent-ils qu'elle devrait être hospitalisée à Saint-Louis, ce qui conduirait cet hôpital à facturer des frais d'hospitalisation qui, de façon quasi certaine, resteraient impayés. Les médecins arguent que cette hospitalisation ne coûtera rien, car la malade n'a pas besoin de médicaments. Il s'agit seulement de « temps-machine, temps-médecins », c'est-à-dire de recettes en moins, sans dépense supplémentaire. Le directeur des finances rétorque cependant que le manque à gagner est équivalent à une dépense pour l'hôpital. Plusieurs solutions sont alors successivement abordées, et toutes conduisent à une impasse. Héberger la personne à Saint-Louis coûterait bien plus cher que le traitement, et ce n'est pas conforme à la règle qui veut que les frais soient pris en charge par l'hôpital auquel la malade s'est adressée en premier. La direction des finances n'a donc aucune raison d'accepter. Les médecins jugent le retour sous sa tente incompatible avec la lourdeur de la pathologie et du traitement. Une autre piste est donc envisagée, qui consisterait à trouver un hébergement extérieur à l'hôpital, notamment dans des lits halte santé, 15 fois moins cher qu'une hospitalisation, voire dans une maison des parents où l'hébergement est 50 fois moins cher. Mais rien n'est prévu pour financer cet hébergement, et l'hôpital ne peut donc pas mettre cette solution en œuvre lui-même.

Faute de trouver un autre financement, et compte tenu de l'enjeu médical associé à l'hébergement, le fonctionnement habituel de l'hôpital devrait conduire à laisser la malade où elle est. Mais c'est une mauvaise issue : l'hôpital public supporterait alors une hospitalisation dans des lits médicalisés très coûteux, alors même que seul un problème social la justifie, et, pour se rendre à Saint-Louis pour sa radiothérapie, la malade devrait effectuer des déplacements répétés et fatigants dont le financement poserait aussi problème. Pourtant, chaque acteur est parfaitement dans son rôle, notamment le directeur des finances de Saint-Louis, qui refuse une dépense à laquelle son hôpital peut échapper, mais qui augmente ainsi le coût global de la prise en charge pour l'AP-HP. Que peut apporter la RCP-MSE face à cette impasse? Son premier apport est de rendre visible l'irrationalité des solutions que le cadre réglementaire peut contraindre à adopter. Mais deux médecins de la PASS ne s'en tiennent pas là. Après la présentation du cas, leurs prises de parole visent, selon l'expression de l'un d'eux lors d'une conversation privée, à « faire bouger les lignes ». Ils proposent successivement

deux pistes pour la réflexion. La première consisterait à tenter de faire jouer la solidarité entre migrants, en demandant si les sommes relativement modestes nécessaires à un hébergement à la maison des parents ne pourraient pas être réunies par des membres de la communauté à laquelle la malade appartient. La seconde consisterait à tirer argument du différentiel de coût entre un hébergement médicalisé et un hébergement social, pour demander au directeur des finances d'innover en créant un financement spécifique pour l'hébergement social. Le directeur des finances répond que rien n'est prévu, les MIG n'étant pas faites pour cela. Après ces propositions, la discussion porte surtout sur le réalisme de la solution consistant à faire appel, à hauteur de 30 à 40 euros par jour, à la solidarité du groupe. À ce stade, il s'agirait d'un pari. Deux positions s'opposent sur le sérieux de cette éventualité :

- Interne de la PASS : « Elle n'aura jamais les 40 euros par jour. »
- Praticien hospitalier de la PASS : « ça, c'est un présupposé. »
- Interne : « personne ne veut mendier à sa place. »

Le médecin praticien hospitalier propose alors à nouveau une piste, en sorte de sortir du jeu où les deux hôpitaux tentent de se débarrasser du problème : « faire remonter au siège » de l'AP-HP, mais le directeur des finances considère cette solution comme impossible.

Finalement, la RCP-MSE ne prendra aucune décision quant à l'hébergement. Dans l'immédiat, rien ne change. La malade reste où elle est. Mais c'est en fin de RCP-MSE que le directeur des finances donne le feu vert pour les soins. De plus, il accepte de discuter avec son collègue de l'hôpital où la malade est hébergée pour tenter de lui faire prendre en charge un hébergement en maison des parents. Enfin, une rencontre sera organisée entre les médecins de la PASS, habitués à ce type de malades, et la malade, en présence d'un interprète professionnel afin de garantir la précision et la fidélité des traductions. L'enjeu de cette rencontre est double : tenter d'impliquer la malade et son entourage dans la recherche de solutions, et anticiper sur la fin des traitements, où le problème de l'hébergement continuera de se poser. Plus précisément, les médecins souhaitent aborder la question du retour de la malade dans son pays, où ils pensent qu'elle serait bien suivie médicalement, dans des conditions matérielles plus propices à son rétablissement. Il s'agit donc de lui faire comprendre toutes les difficultés de sa situation en France, et d'obtenir son « consentement »⁷ à une solution réaliste.

Les apports de l'étude de cas

L'enquête n'a pas encore permis de connaître les suites du parcours de soins et de vie de la malade. Mais cette RCP-MSE permet déjà de saisir les logiques à l'œuvre, et les obstacles sur lesquels tout le monde bute. Deux préoccupations apparaissent de façon récurrente dans le discours des médecins de la PASS. La première consiste à mettre

tout le monde face à une compréhension la plus large possible de la situation. Sur ce point, ils sont suivis par l'ensemble des participants qui, dès lors qu'ils participent à la réunion, cherchent à comprendre la situation. Une conséquence en est que l'irrationalité des solutions auxquelles les procédures habituelles sont susceptibles de conduire en l'absence d'intervention de la PASS ressort crument. La seconde consiste à tenter de « faire bouger des lignes », alors que certains de leurs interlocuteurs ont en revanche tendance à revenir aux contraintes et solutions habituelles, avec pour risque une prise en charge dans de mauvaises conditions, pour un coût global très élevé pour l'hôpital public.

Les questionnaires des enquêtes quantitatives, les approches quantifiées des parcours de soins ou les enquêtes épidémiologiques ne permettraient de mettre au jour ni ces difficultés rencontrées dans le travail, ni donc l'apport tout à fait original des PASS. Notamment, les RCP-MSE traitent de problèmes que les enquêtes épidémiologiques et les codifications servant à la tarification de l'activité ne prennent pas en compte, et apportent des réponses qui s'écartent parfois des apports habituels de l'hôpital, comme l'illustre l'attention aux conditions de traduction, qui a été aussi constatée sur d'autres cas. Ces réponses débordent les dimensions techniques du soin par l'instauration d'interrogations éthiques et par la mobilisation d'une intelligence pratique qui n'est pas ce à quoi les soignants ont l'habitude de réfléchir. En assistant à la RCP-MSE, on comprend la complexité des cas, les risques qui seraient associés à certains automatismes, et l'intérêt de réfléchir à de nouvelles règles pour l'hôpital et le système de santé. Mais les acteurs qui participent aux RCP-MSE sont tous pris dans les contraintes (notamment bureaucratiques) liées à leur position dans l'hôpital. Leur compréhension ne peut pas suffire à produire des effets profonds et durables. L'énergie dépensée dans les RCP-MSE n'empêche ainsi pas un retour aux routines où la conception bureaucratico-scientiste de l'activité hospitalière domine.

La prudence ne s'oppose certes pas à la quantification. Elle s'appuie même souvent dessus, les moyens quantitatifs d'objectivation ayant tout à fait leur place dans le travail prudentiel, à l'hôpital comme ailleurs. Ils sont d'ailleurs bien présents dans la RCP-MSE présentée ci-dessus : le diagnostic a été posé par des actes techniques; la situation sociale est examinée en se demandant le coût de divers hébergements et leur distance à l'hôpital. Mais la sagesse pratique s'accommode mal de la place qui lui est actuellement faite, comme médiation abstraite entre le réel complexe et singulier dont les soignants ont à traiter, et leurs décisions. La confiance excessive dans le chiffre et dans le fait que son usage suffit à atteindre l'objectivité (Porter, 1995), est une entrave à la prudence, qui supposerait que l'usage du chiffre soit lui-même prudentiel, c'est-à-dire qu'il soit élaboré en tenant compte du concret dans sa richesse et sa complexité, comme c'est le cas par exemple pour des règles (Champy, 2015b), puis utilisé en sachant qu'il n'est qu'une indication parmi d'autres possibles, valable à condition de ne pas servir de base à des décisions automatiques. Ce sont ces conditions qui font

défaut pour la T2A, qui ne prend en compte qu'une partie de l'activité. Le travail des PASS permet de voir ce qui est invisibilisé par ce type de mesure de l'activité. De plus, les hôpitaux peuvent très difficilement ignorer les barèmes servant à la T2A, car les conséquences économiques seraient alors lourdes. On connaît déjà bien les dégâts des chiffres utilisés sans discernement (Beauvallet, 2009). Dès lors que l'on a compris en outre la valeur de la prudence et les menaces pesant sur elle, un premier enjeu du travail qualitatif à l'hôpital apparaît : faire comprendre plus largement encore l'erreur de perspective cognitive qui sous-tend la confiance aveugle dans le chiffre déjà bien mise en évidence par Porter (1995), en montrant les dimensions précises du travail que ces usages du chiffre fragilisent.

Le concept de sagesse pratique et les recherches qualitatives sur les PASS sont précieux aussi pour tenter de penser des améliorations concrètes de l'organisation et des pratiques professionnelles. Le concept seul ne suffirait pas, car il faut éviter d'en tirer directement des conséquences, comme si l'exigence de sagesse pratique permettait d'exprimer des prérequis dont la validité serait générale, par exemple l'autonomie professionnelle ou la limitation des règles : l'autonomie professionnelle peut être mal utilisée; des règles peuvent pousser les acteurs à la vigilance prudentielle. De telles conclusions tirées directement du concept de sagesse pratique seraient hâtives et fragiles, car elles seraient trop générales et donc de peu d'intérêt pour caractériser des situations concrètes précises. Elles ne peuvent être que très générales et de peu de secours. Par exemple, les réflexions sur les façons d'éviter les absurdités de règles, comme celle qui permet de financer un hébergement à 1600 euros la nuit, mais pas à 30 euros, doivent être ancrées dans une étude précise des contextes de travail. Tout l'enjeu de la recherche qualitative est ainsi de d'abord convertir un concept philosophique abstrait en outil sociologique d'analyse de la réalité, puis de fournir les matériaux concrets pour la réflexion sur les moyens de faire progresser la sagesse pratique. C'est la difficulté à laquelle le collectif national des PASS est aussi confronté, malgré l'expérience de ses membres : ne pas céder aux facilités d'un discours trop général. C'est pourquoi la recherche et l'évaluation qualitatives font partie de ses orientations.

Conclusion

Avec la prise en charge de malades en situation de grande précarité sociale dans des lieux spécialement dédiés, nous abordons une partie marginale de l'activité hospitalière. Mais ce cas fonctionne comme un révélateur à plusieurs titres. En premier lieu, il aide à voir quelles incertitudes provoquées par les situations sociales sont susceptibles de traverser l'activité médicale. Le thème n'est pas nouveau. Il était même présent dans la tradition interactionniste, à travers les travaux d'Anselm Strauss notamment :

Le travail de soins a deux caractéristiques remarquables, qu'il ne partage qu'avec certaines autres activités. La première tient aux contingences imprévisibles et souvent difficiles à contrôler, qui découlent non seulement de la maladie elle-même, mais aussi du travail et de l'organisation, ainsi que de la biographie et du mode de vie des malades, de leur entourage, et des membres de l'équipe médicale eux-mêmes. Un second trait du travail médical, crucial aussi, est qu'il est un travail sur des personnes⁸ [traduction libre] (Strauss, Fagerhaug, Suczek, & Wiener, 1985, p. 9).

Mais ensuite, notamment en France avec la sociologie des groupes professionnels, ce thème s'est entièrement perdu. La recommandation de Hughes (étudier toutes les activités de la même façon) a dans un premier temps été féconde, en permettant un nouveau regard tant sur les petits métiers que sur les professions au sens fonctionnaliste (Champy, 2012a). Puis la rigidité de la mise en œuvre a entravé l'étude des activités les plus complexes. Si la sociologie peut se donner comme objectif la lutte contre les rapports de domination que l'invisibilité de la sagesse pratique favorise, alors ce constat ouvre sur un tout autre pan de recherches. Seules des recherches qualitatives (sur la décision, sur les parcours de soins, sur les normes, etc.) peuvent permettre de comprendre à nouveau pleinement cette spécificité de la médecine pourtant bien vue par Strauss. C'est un premier enjeu original de recherches qualitatives sur l'hôpital.

Le travail dont nous avons présenté ici les débuts jette un éclairage nouveau sur l'hôpital actuel, que l'on obtient en rapprochant l'intelligibilité fournie par le concept de sagesse pratique, les observations des enquêtes et les réflexions des soignants sur les difficultés de leur activité. Ces difficultés sont amplifiées dans les PASS, ce qui en fait un lieu très fécond pour l'observation, mais elles sont présentes aussi ailleurs. Enfin, grâce aux innovations observées et à la recherche-action menée dans le cadre du Collectif national des PASS, ce travail montre les efforts faits par des professionnels pour desserrer les contraintes auxquelles ils sont soumis et retrouver des marges pour mieux adapter leur travail aux difficultés présentées par les cas qu'ils rencontrent.

De façon générale, dès lors qu'il s'agit de sagesse pratique, la recherche qualitative est indispensable, car la survalorisation du quantitatif est précisément une des expressions d'un biais cognitif qui lui est préjudiciable : dénégaration des incertitudes, prétention à une objectivité qui ne peut être que factice, incompréhension du réel dans sa complexité. Faire comprendre ce qu'est la sagesse pratique, faire reconnaître les apports de services où l'activité a une très forte densité prudentielle, comme les PASS, et faire ressortir les limites d'une organisation basée sur des crédos bureaucratiques et scientistes, sont intrinsèquement liés. Dit ainsi, l'enjeu est déjà large. Mais il va plus loin encore, car il dépasse le seul hôpital et la seule médecine.

Dans d'autres domaines aussi (les risques, la finance ou encore le droit), la recherche qualitative doit mettre en plein jour ce qui tend à être ignoré par un monde bureaucratique où des médiations formalisantes (indicateurs, règles) entravent le rapport au concret.

Notes

¹ *Prudence* est une traduction fréquente mais mauvaise de *phronesis*. En introduisant une idée de pusillanimité, elle provoque un malentendu, car la prudence requiert au contraire de la maîtrise de soi, la capacité à faire face avec force et sérénité à l'incertitude, voire de l'audace (voir la note 2).

² C'est pourquoi l'audace est une qualité de l'homme prudent.

³ Pour un exemple détaillé portant sur l'architecture, voir Champy, 2009.

⁴ La lecture des images peut cependant laisser une certaine place à l'interprétation.

⁵ Cette expression a été utilisée par Frédéric Pierru lors d'une intervention en janvier 2014 dans mon séminaire Sociologie de la prudence à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS).

⁶ Colloque de l'Alliance hospitalière (intersyndicale de médecins) intitulé Quels métiers demain à l'hôpital public? Quelle place pour les médecins? s'étant tenu à l'hôpital Cochin, à Paris, le 9 octobre 2014.

⁷ Le terme est utilisé par un médecin de la PASS, qui explicite ainsi que la conduite à tenir est aussi une question d'éthique.

⁸ *There are two striking features of health work shared only with certain other kinds of work. One consists of the unexpected and often difficult to control contingencies stemming not only from the illness itself, but also from a host of work and organizational sources as well as from biographical and life-style sources pertaining to patients, kin, and staff members themselves. A second and crucial feature of health work is that it is « people work »* (Strauss, Fagerhaug, Suczek, & Wiener, 1985, p. 9).

Références

- Arborio, A.-M. (2001). *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos.
- Aristote (1994). *Éthique à Nicomaque*. Paris : Vrin.
- Aubenque, P. (1963). *La prudence chez Aristote*. Paris : Presses universitaires de France.
- Beauvallet, M. (2009). *Les stratégies absurdes. Comment faire pire en croyant faire mieux*. Paris : Seuil.
- Becker, H. S. (1985). *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié.

- Castra, M. (2003). *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*. Paris : Presses universitaires de France.
- Champy, F. (2009). L'engagement des professionnels comme conséquence de tensions consubstantielles à leur pratique : l'architecture moderne entre les deux guerres. *Sociétés contemporaines*, 73, 97-119.
- Champy, F. (2012a). *La sociologie des professions*. Paris : Presses universitaires de France.
- Champy, F. (2012b). Activités professionnelles prudentielles et production de la société. Dans I. Sainsaulieu, & M. Surdez (Éds), *Sens politiques du travail* (pp. 57-70). Paris : Armand Colin.
- Champy, F. (2015a). Pourquoi le soin n'est pas qu'une question de technique. Dans C. Georges, H. Astre, & F. Pierru (Éds), *Soigner l'humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût* (pp. 165-179). Rennes : Presses de l'EHESP.
- Champy, F. (2015b). Interactionnisme et sociologie du droit. Pour un constructivisme tempéré. Dans E. Jeuland, & E. Picavet (Éds), *Interactionnisme et norme. Approche transdisciplinaire* (pp. 103-126). Paris : Éditions de l'Institut de Recherche Juridique de la Sorbonne.
- Champy, F. (2016). Administrations publiques et professions. Dans D. Giauque, & Y. Emery (Éds), *L'acteur et la bureaucratie au XXI^e siècle* (pp. 253-274). Laval : Presses de l'Université Laval.
- Champy, F. (2017). « Une rationalité modeste, réaliste et exigeante », entretien avec Serge Cannasse. *La revue du praticien*, 973, 6-7.
- Evetts, J. (2003). The sociological analysis of professionalism : Occupational change in the modern world. *International Sociology*, 18(2), 395-415.
- Feyfant, V. (2016). Ce que la dépendance fait au métier d'infirmière libérale. Ethnographie d'une épreuve de professionnalité (Thèse de doctorat inédite). Université de Toulouse, Toulouse, France.
- Fournier, V. (1999). The appeal to « professionalism » as a disciplinary mechanism. *The Sociological Review*, 47(2), 280-307.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- Georges, C., Astre, H., & Pierru, F. (2015). *Soigner l'humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût*. Rennes : Presses de l'EHESP.
- Hughes, E. C. (1997). *Le regard sociologique. Essais choisis*. Paris : Éditions de l'EHESS.

- Pierru, F. (2013). Impératifs gestionnaires et *phronesis* médicale : esquisse sociologique d'un engagement éthique dans un grand hôpital parisien. *Quaderni*, 82, 67-82.
- Porter, T. (1995). *Trust in numbers. The pursuit of objectivity in science and public life*. Princeton : Princeton University Press.
- Ricœur, P. (2001). *Le Juste* (Tome 2). Paris : Esprit.
- Saillant, F. (2000). Identité, invisibilité sociale, altérité. Expérience et théorie anthropologique au cœur des pratiques soignantes. *Anthropologie et sociétés*, 24(1), 155-172.
- Strauss, A. L., Fagerhaug, S., Suczek, B., & Wiener, C. (1985). *Social organization of medical work*. Chicago, IL : Chicago University Press.
- Vallancien, G. (2015). *La médecine sans médecin? Le numérique au service du malade*. Paris : Gallimard.

Florent Champy, sociologue, docteur - HDR, directeur de recherche au CNRS (LISST-CERS, Université Toulouse II Jean-Jaurès). Il a notamment travaillé sur l'architecture puis sur les professions. Ses recherches portent maintenant sur la place de la sagesse pratique dans le travail et dans les politiques publiques, à partir d'enquêtes sur les professions, la santé et les risques.