

# **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 (Laplantine, 1993). Dans le prolongement de ce relativisme socioculturel, les travaux plus récents de plusieurs anthropologues médicaux québécois<sup>1</sup> 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 intervenantes<sup>2</sup> 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'engagement<sup>3</sup>.

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 chronique<sup>4</sup> :

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 (Morrissette, 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

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

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

<sup>3</sup> 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*.

<sup>4</sup> 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.
- Cefai, 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\\_DCContandriopoulos.pdf](http://www.irspum.umontreal.ca/Portals/0/Bulletin/Memoire_loi10_DCContandriopoulos.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 c@hiers 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. Desprès, 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](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](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.