

RECHERCHES QUALITATIVES

recherche-qualitative.qc.ca/revue.html

Inégalités sociales et santé mentale: apports, défis et contraintes de la recherche qualitative

Sous la direction de

Audrey Lachance, Patrica Dionne, Anne-Marie Tougas et
Audrey Dupuis

INÉGALITÉS SOCIALES ET SANTÉ MENTALE : APPORTS, DÉFIS ET CONTRAINTES DE LA RECHERCHE QUALITATIVE

Sous la direction de Audrey Lachance, Patricia Dionne, Anne-Marie
Tougas et Audrey Dupuis

Table des matières

Introduction

*Santé mentale et inégalités sociales : apports, défis et contraintes de la
recherche qualitative*

Audrey Lachance, Patricia Dionne, Anne-Marie Tougas, Audrey Dupuis..1

**Apports, défis et contraintes de la recherche qualitative pour mettre au jour
les expériences de santé mentale et d'inégalités sociales**

*La relation entre les inégalités socioéconomiques et l'anxiété en situation de
choix de carrière : l'apport de l'analyse de l'activité*

**Audrey Dupuis, Zachary Rancourt-Tremblay, Patricia Dionne, Diane
LeBreton, Julie Lane.....12**

Cette revue est financée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et le
Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC).



Social Sciences and Humanities
Research Council of Canada

Conseil de recherches en
sciences humaines du Canada

Canada

Réflexions autour d'une posture compatissante en conduite d'entretiens
Diane Guay, Barbara Martel, Marie-France Coutu, Chantal Caux,
Marie-Josée Levert, Marc Dumas.....38

Effets subjectifs du travail hospitalier en contexte de pandémie sur la trajectoire professionnelle et la santé : expérience vécue d'une professionnelle de la santé mentale
Juan Marcelo Balboa Gallardo 60

Apports, défis et contraintes de la recherche qualitative pour explorer et expliquer des processus complexes qui concourent à la santé mentale et aux inégalités sociales

La mobilisation des diagnostics médico-psychologiques en sociologie : un passage obligé?
Isabelle Jacques, Stéphanie Pache, Patrick Dubé.....84

« Je n'en peux plus de me battre contre le système » : perspective phénoménologique critique de l'expérience des soignants travaillant auprès des personnes migrantes à statut précaire à Montréal
Émilie Pigeon-Gagné, Élise Bourgeois-Guérin.....107

Apports, défis et contraintes de la recherche qualitative pour aider les personnes, les groupes et les communautés à agir de manière critique contre les inégalités sociales et favoriser la santé mentale

Accessibilité et inclusion dans les méthodes de recherches qualitatives numériques à visée émancipatrice critique : l'adaptation de la méthode photovoix pour des personnes en situation de handicap
Virginie Abat-Roy.....134

Les affordances scientifiques et sociales du photovoix en contexte de santé mentale : perspectives critiques issues de deux projets de recherche
Julie Karmann, Kinda Wassef, Maxi Gaudette, Olivier Ferlatte.....157

Introduction

Santé mentale et inégalités sociales : apports, défis et contraintes de la recherche qualitative

Audrey Lachance, Ph. D.

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Patricia Dionne, Ph. D.

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Anne-Marie Tougas, Ph. D.

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Audrey Dupuis, Ph. D.

Université de Moncton, Canada

Le présent numéro thématique de la revue *Recherches qualitatives* a pris naissance dans la foulée des échanges, des questionnements et des possibilités partagées au 90^e congrès de l'Acfas, dans le cadre du colloque de l'Association pour la recherche qualitative (ARQ) et du Centre d'études et de recherches sur les transitions et l'apprentissage (CÉRTA). En cohérence avec les récentes activités de l'ARQ autour des perspectives critiques, des enjeux de justice sociale ainsi que des recherches à visées émancipatrice et transformatrice, les activités de ce colloque ont permis de discuter et de réfléchir sur la contribution de la recherche qualitative pour penser et agir sur les enjeux liés à la santé mentale et aux inégalités sociales. Ce numéro thématique souhaite s'inscrire dans la continuité du colloque afin de poursuivre et approfondir les réflexions amorcées. Si les textes témoignent de la richesse et de la profondeur des échanges lors du congrès de l'Acfas, ils incluent également de nouvelles voix qui, par leurs expertises d'horizons et de domaines disciplinaires variés, permettent d'apprécier l'importance que cette

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 44(1), pp. 1-11.

INÉGALITÉS SOCIALES ET SANTÉ MENTALE : APPORTS, DÉFIS ET CONTRAINTES DE LA RECHERCHE QUALITATIVE

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

© 2025 Association pour la recherche qualitative

thématique revêt dans le paysage actuel de la recherche qualitative. Dans cette optique, ce numéro poursuit l'objectif de mettre en lumière les apports de la recherche qualitative, de même que ses défis et contraintes, dans l'approfondissement de notre compréhension collective des phénomènes au croisement entre la santé mentale et les inégalités sociales, ainsi que dans la manière critique d'agir pour favoriser la santé mentale des personnes, des groupes et des communautés en situation d'inégalités.

Enjeux au croisement de la santé mentale et des inégalités sociales

Les enjeux d'inégalités sociales pour les personnes aux prises avec des problématiques de santé mentale demeurent largement invisibles; ils peuvent de surcroît émaner d'une intersection de sources d'injustices dont les implications sont importantes pour les populations concernées (Allen et al., 2014; Vandentorren, 2024). Si le fait de vivre avec une problématique de santé mentale signifie éprouver des symptômes reconnus, comme le modèle médical l'appréhende traditionnellement, cela signifie également de composer avec des défis sociaux – précarité de revenu, difficulté d'accès au logement, interruption scolaire, etc. – fondés notamment sur les inégalités sociales et les stigmas qui peuvent être associés au problème de santé mentale en question (Ruelland, 2018). Ainsi, bien que la santé mentale soit souvent pensée à l'échelle des personnes, à partir d'une lecture psychologique ou biologique (Viviers et al., 2023), il importe de considérer les facteurs sociaux, structurels et économiques, de même que les inégalités sociales qui s'y rattachent.

Certaines personnes, en raison de leurs caractéristiques, de leurs conditions de vie ou de leurs difficultés d'accès aux soins pour diverses raisons (p. ex. leur genre, leur statut socioéconomique, leur handicap, leur origine ethnique, leur territoire) se trouvent désavantagées au regard de différents indicateurs de bien-être et de santé, incluant ceux liés à la santé mentale (Alegría et al., 2018; Giguère & Hanfield, 2021). Ce désavantage se traduit par des phénomènes de marginalisation et de stigmatisation qui menacent leur pleine participation à la société (Gaborean et al., 2018). Non seulement certaines conditions accroissent-elles les risques des personnes de vivre de la précarité (p. ex. l'absence de diplôme, une situation d'emploi instable, le chômage), mais la précarité et la pauvreté augmentent en retour le risque de développer, voire d'aggraver, les problèmes de santé mentale (Allen et al., 2014; Compton & Shim, 2015; Vandentorren, 2024). En outre, dans la foulée de réformes néolibérales des programmes de protection sociale dans plusieurs pays du monde, dont le Canada, plusieurs personnes souffrant de problèmes de santé mentale graves ont de la difficulté à obtenir le soutien étatique prévu pour les gens présentant des contraintes sévères à l'emploi (Giguère & Handfield, 2021).

La recherche qualitative est utilisée pour développer une compréhension en profondeur de phénomènes sociaux complexes et difficiles à appréhender, ce qui s'avère le cas lorsqu'il est question d'étudier la manière dont les personnes comprennent la maladie mentale et agissent pour transformer les soins qui leur sont offerts (Goulet,

2018). La recherche qualitative permet également de théoriser des concepts clés comme le rétablissement (Le Cardinal et al., 2013), la participation sociale des personnes vivant avec un problème de santé mentale (Ruelland, 2018) ou la reconnaissance de la valeur des savoirs pour ces dernières (Godrie, 2021). La recherche qualitative a aussi été utilisée pour mettre au jour les limites de la structure sociale et l'offre de services de soutien en santé mentale (Tougas et al., 2022). Plusieurs travaux soutiennent l'importance de faire des liens, sur le plan scientifique, entre les sources structurelles d'inégalités sociales et la santé mentale (Gaborean et al., 2018; Giguère & Handfield, 2021). À cet égard, le recours à la recherche qualitative peut contribuer à mettre en évidence la manière dont ces inégalités et la santé mentale s'expriment dans divers contextes sociaux, et à valoriser le caractère idiosyncrasique de l'expérience pour générer une compréhension approfondie de ses différentes facettes.

Recherche qualitative, santé mentale et inégalités sociales

Historiquement, la recherche qualitative a grandement contribué au développement du champ de la santé mentale et à la compréhension des liens entre inégalités sociales et santé mentale (p. ex. Goffman, 1961, 1963). La montée du comportementisme au début du XX^e a toutefois donné préséance à des approches traditionnelles post-positivistes centrées sur la mesure des déficits de santé; la crédibilité des connaissances générées reposait sur des études expérimentales misant sur de larges échantillons, des mesures objectives et des approches statistiques (Joseph et al., 2009). Si dans ce contexte la recherche qualitative s'est trouvée reléguée pour un certain temps au rang des études exploratoires, sa pertinence est désormais reconnue pour étudier des phénomènes sociaux complexes à appréhender comme ceux associant santé mentale et inégalités sociales (Gewurtz et al., 2016).

La recherche qualitative permet de mettre au jour, avec sensibilité, l'expérience des personnes, des groupes et des communautés en leur donnant une voix, en leur offrant des espaces de reconnaissance et en valorisant leur contribution à la société (Pellerin et al., 2022). En offrant la possibilité d'aller au-delà des tabous et des préjugés, elle peut contribuer à faire voir des aspects invisibilisés de réalités intriquées (Harrisson & Thifault, 2020). Par une lecture sensible des contextes locaux et un regard critique posé sur les politiques publiques, la recherche qualitative pave la voie à la mise en œuvre d'actions transformatrices visant à améliorer les pratiques, les services et les programmes pour une plus grande justice sociale (Gewurtz et al., 2016). Ainsi, du fait de la riche diversité de types de données, d'approches, de méthodes et de perspectives théoriques, les personnes chercheuses, praticiennes et décideuses sont susceptibles de bénéficier de la lecture holistique qu'offre la recherche qualitative des enjeux se situant au carrefour de la santé mentale et des inégalités sociales.

Par ailleurs, des défis spécifiques doivent être considérés dans la recherche qualitative auprès de publics qui vivent avec des enjeux de santé mentale occasionnant

une précarité, voire de la pauvreté. Ces défis sont notamment associés aux difficultés de l'entrée sur le terrain (Tougas et al., 2022), au maintien des personnes dans les dispositifs d'intervention étudiés (Dionne & Bourdon, 2018) ou au risque de stigmatisation des personnes en raison du recours, en recherche, de catégorisations diagnostiques médico-psychologiques (Jacques et al., 2025).

Composition du numéro thématique

Les textes rassemblés constituent une occasion de rendre visible l'apport de recherches mobilisant des méthodologies qualitatives pour appréhender la complexité inhérente aux rapports entre ces enjeux, pour faciliter la mise au jour des expériences de santé mentale et d'inégalités, ainsi que pour soutenir la création de structures sociales plus justes et inclusives à cet égard (Bhugra et al., 2022).

En mettant de l'avant les réflexions méthodologiques, épistémologiques et éthiques en recherche qualitative, la discussion scientifique au cœur de ce numéro est enrichie par le croisement d'une pluralité de regards et la mise en commun d'expertises, d'approches et d'apports disciplinaires variés. En interreliant ces différentes perspectives, ce numéro invite à considérer la santé mentale comme un enjeu social et systémique. Il souhaite mettre en évidence la manière dont la recherche qualitative peut contribuer à repenser les pratiques et les politiques publiques dans une perspective de justice sociale.

Dans ce numéro, les articles soutiennent une réflexion qui s'articule autour de trois axes où sont considérés les apports, les défis et les contraintes de la recherche qualitative pour : 1) mettre au jour les expériences de santé mentale et d'inégalités sociales; 2) explorer et expliquer des processus complexes qui concourent à la santé mentale et aux inégalités sociales; 3) aider les personnes, les groupes et les communautés à agir de manière critique pour contrer les inégalités sociales et favoriser la santé mentale.

Apports, défis et contraintes de la recherche qualitative pour mettre au jour les expériences de santé mentale et d'inégalités sociales

Les articles de cet axe témoignent de la façon dont la recherche qualitative permet de prendre en compte le vécu des personnes et des groupes qui font l'expérience de problèmes de santé mentale et d'inégalités sociales. Ils soulèvent les réflexions, les défis et les contraintes avec lesquels les personnes chercheuses doivent composer lorsqu'elles mènent des recherches auprès de ces populations.

L'article d'**Audrey Dupuis, Zachary Rancourt-Tremblay, Patricia Dionne, Diane LeBreton** et **Julie Lane** repose sur l'expérience d'implantation d'un programme de counseling de carrière groupal au sein de quatre écoles secondaires du Québec. Les personnes autrices y décrivent la manière dont elles ont mobilisé l'analyse de l'activité, à partir d'outils de collecte de données diversifiés (rencontres de groupe, journaux de

bord, entretiens individuels) et de stratégies d'analyse complémentaires (analyse thématique, matrices à condensés et analyse en mode écriture). Elles montrent comment cette méthodologie a permis de faire ressortir des résultats autrement occultés, qui suggèrent l'existence d'un lien entre les inégalités socioéconomiques et l'anxiété en situation de choix de carrière chez les jeunes. En effet, les jeunes issus de milieux socioéconomiques dits plus fragiles vivraient davantage d'anxiété au regard de leur capacité à payer leurs études et pourraient limiter les choix scolaires et professionnels envisagés. De façon particulière, cet article met en valeur l'apport de l'analyse de l'activité dans la compréhension de phénomènes complexes pouvant se situer au croisement de la santé mentale et des inégalités sociales.

Diane Guay, Barbara Martel, Marie-France Coutu, Chantal Caux, Marie-Josée Levert et Marc Dumas proposent dans leur article une réflexion sur l'adoption d'une posture compatissante lors de la conduite d'entretiens individuels auprès d'infirmières ayant vécu un épisode de violence en milieu de travail. À partir de cette expérience, les autrices déploient leurs réflexions à l'égard des enjeux méthodologiques, éthiques et épistémologiques auxquels peut être confrontée la personne chercheuse dans une recherche menée auprès de personnes vivant une vulnérabilité tant psychologique que sociale. Elles mettent de l'avant une posture de personne chercheuse invitée qui est crédible, sensible et transparente pour favoriser l'établissement d'une alliance avec les personnes participantes dans la co-naissance du récit. Les entretiens sont menés avec un souci de ne pas porter préjudice et d'éviter de reproduire les inégalités vécues.

L'article de **Juan Marcelo Balboa Gallardo** invite pour sa part à réfléchir à l'importance de la recherche qualitative dans l'exploration des expériences professionnelles vécues dans le contexte particulier de la pandémie de la COVID-19. En s'inspirant de la sociologie clinique, le dispositif méthodologique mis en place a permis aux personnes participantes d'exprimer leur vécu, mais également leur lecture des conflits qui y prennent racine. Les entretiens individuels ont été menés de façon non linéaire, alors que la personne participante est amenée à avancer, mais aussi à revenir sur les thèmes abordés. L'auteur illustre, à partir d'une étude de cas, la façon dont cette méthodologie a permis de faire émerger la parole de l'une des personnes participantes s'étant retrouvée, en raison de son activité professionnelle, dans une situation de souffrance croisant des enjeux de santé mentale et d'inégalités sociales. Plus largement, l'auteur souligne la fonction psychologique de cette méthodologie, qui permet l'ouverture d'un espace de dialogue autour d'expériences difficiles ou traumatisantes.

Apports, défis et contraintes de la recherche qualitative pour explorer et expliquer des processus complexes qui concourent à la santé mentale et aux inégalités sociales

Par leurs apports disciplinaires, les textes qui s'inscrivent sous cet axe engagent à une réflexion critique sur l'influence du contexte social, culturel et historique quant à la

manière d'appréhender les processus complexes associés aux interactions entre santé mentale et inégalités sociales en recherche qualitative.

Dans leur article, **Isabelle Jacques, Patrick Dubé et Stéphanie Pache** invitent à une analyse critique des choix opérés par les personnes chercheuses en recherche qualitative quant à l'utilisation des catégories diagnostiques médico-psychologiques. Cette critique mène à s'interroger sur les contextes sociaux, historiques et politiques en jeu dans les concepts mobilisés en recherche pour saisir les processus complexes qui concourent à la santé mentale et aux inégalités sociales. S'inscrivant dans l'angle disciplinaire de la sociologie de la santé mentale, les personnes autrices présentent d'abord un historique des usages des catégories diagnostiques médico-psychologiques pour montrer à la fois leur dimension stigmatisante pour les personnes – et leur nécessaire critique – et l'usage qu'elles peuvent en faire pour générer des formes de solidarité. Elles présentent ensuite une argumentation critique sur les conditions actuelles de production scientifique en sociologie de la santé mentale et sur les dérives possibles de l'usage de catégories diagnostiques médico-psychologiques en recherche qualitative. Enfin, elles proposent un outil de réflexion au regard de l'usage de ces catégorisations à toutes les étapes de la recherche.

En s'appuyant sur les résultats d'une recherche qualitative exploratoire, **Émilie Pigeon-Gagné et Élise Bourgeois-Guérin** illustrent dans leur texte les apports de la phénoménologie critique pour explorer et comprendre l'expérience des personnes soignantes travaillant auprès de personnes migrantes à statut précaire. Les groupes de discussion et les entretiens individuels ont permis d'explorer, à partir du récit des personnes soignantes, les défis auxquels elles sont confrontées dans leur pratique professionnelle et la façon dont ceux-ci affectent leur santé mentale. La perspective phénoménologique critique mobilisée pour les analyses permet d'une part de mettre en lumière la façon dont l'expérience subjective des personnes soignantes est étroitement liée aux structures sociales et institutionnelles qui les entourent, et d'autre part, de rendre visibles les barrières et injustices structurelles et systémiques qui leur sont sous-jacentes.

Apports, défis et contraintes de la recherche qualitative pour aider les personnes, les groupes et les communautés à agir de manière critique contre les inégalités sociales et favoriser la santé mentale

Les articles s'inscrivant dans cet axe mettent plus particulièrement en valeur le rôle que peut jouer la recherche qualitative pour soutenir et documenter l'agir en faveur de la santé mentale et d'une plus grande justice sociale, afin que les vécus personnels exprimés par les personnes ou les groupes puissent trouver résonance auprès des différentes instances. Ces articles contribuent à alimenter la réflexion sur les défis, les contraintes et les conditions de mise en œuvre de recherches qualitatives à visée émancipatrice ou transformatrice avec les populations visées.

L'article de **Virginie Abat-Roy** permet de revisiter la visée émancipatrice de la méthode photovoix à l'aune de l'expérience de personnes en situation de handicap vivant des inégalités sociales. En s'appuyant sur une recherche à visée descriptive, critique et émancipatrice, l'autrice propose un texte qui mène à mieux cerner les enjeux d'accessibilité de cette méthode pour faire entendre la voix des personnes ou des parents d'enfants en situation de handicap ayant des chiens-guides ou des chiens d'assistance. L'argumentaire illustre l'importance du sens de la vue et de la dextérité digitale dans cette méthode et met en lumière le faible nombre d'écrits proposant une analyse critique de la méthode en termes d'accessibilité. L'autrice identifie des adaptations souhaitables pour favoriser cette accessibilité autant que l'inclusivité de la méthode tout en offrant une voix à des populations traditionnellement marginalisées.

L'article rédigé par **Julie Karmann, Kinda Wassef, Maxi Gaudette et Olivier Ferlatte** témoigne de l'expérience de populations vulnérables sur le plan de la santé mentale dans le cadre de deux projets de recherche conduits en ligne : les personnes âgées et les jeunes issus de la diversité sexuelle et de genre. Les constats exposés au sujet des affordances (ou possibilités) de la méthode photovoix dans ce contexte permettent d'en tirer des apprentissages sur les plans théoriques et méthodologiques. Si certaines de ces affordances font écho à celles recensées dans les écrits sur la méthode (p. ex. meilleure connaissance de soi chez les personnes participantes, potentiel de résilience et levier d'affirmation politique), d'autres apportent un éclairage complémentaire et spécifique à l'application de la méthode en contexte de santé mentale, comme la production de connaissances contextualisées, humanisées, affectives et la création d'un espace sécuritaire (*safe space*).

La recherche qualitative en santé mentale : penser et agir sur des enjeux et des inégalités sociales invisibilisés

Les différentes contributions de ce numéro thématique mettent en relief l'importance de considérer l'intersection entre enjeux de santé mentale et inégalités sociales à toutes les étapes de la réalisation d'une recherche qualitative. Bien qu'elle ne soit pas explicitement abordée, la perspective intersectionnelle (Langlois & Villotti, 2022) permet d'enrichir la compréhension de l'expérience des personnes et des groupes touchés par ces réalités psychosociales. La santé mentale étant souvent abordée selon une perspective médicale de santé, les conséquences sociales des enjeux de santé mentale et les inégalités vécues par les populations touchées s'en trouvent parfois invisibilisées. La recherche qualitative peut ainsi contribuer à mettre au jour les inégalités sociales vécues par des populations qui ne sont pas typiquement reconnues comme étant vulnérables, parfois même sans que ces personnes ou ces groupes en aient conscience. Les méthodes déployées par les équipes de recherche du présent numéro permettent de montrer que la recherche qualitative peut soutenir l'éclairage de situations de précarité et d'inégalités sociales pour des personnes qui, par leur position sociale,

n'auraient pas été ciblées d'emblée dans les études quantitatives qui croisent des indicateurs de ces situations.

Cette invisibilisation peut se vivre même dans l'usage de méthodes de recherche qualitative, comme le photovoix, l'entretien individuel ou la discussion de groupe, ce qui appelle à une prudence de même qu'à une approche délibérée et sensible de la part de la personne chercheuse afin d'éviter de reproduire les inégalités et les rapports de pouvoir dénoncés. Les contributions invitent également à une analyse critique comme chercheurs et chercheuses quant aux concepts mobilisés en recherche qualitative, ainsi qu'aux univers épistémologiques dans lesquels ils se sont construits, afin d'éviter des effets délétères et d'accentuer les rapports de pouvoir dans le travail de recherche avec ces populations.

De ce numéro thématique se dégage ainsi la nécessité, dans la recherche en santé mentale, de prendre en compte les inégalités sociales. L'ensemble des contributions illustrent la richesse de la recherche qualitative pour appréhender ces enjeux et découvrir ce qui se trouve au croisement de ceux-ci. Ces contributions ouvrent à des perspectives de transformation afin de favoriser la santé mentale et d'intervenir de façon à contrer les inégalités. Par ailleurs, si ces transformations sociales et le rôle de la recherche qualitative pour susciter des actions concrètes pour parvenir à ces transformations sont évoqués par les personnes contributrices, d'autres recherches seront à poursuivre pour éclairer la pérennisation des actions élaborées pour agir sur les inégalités sociales et améliorer la santé mentale des personnes.

Références

- Alegria, M., NeMoyer, A., Falgàs Bagué, I., Wang, Y., & Alvarez, K. (2018). Social determinants of mental health: Where we are and where we need to go. *Current Psychiatry Reports*, 20(11), 1-13. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0969-9>
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>
- Bhugra, D., Tribe, R., & Poulter, D. (2022). Social justice, health equity, and mental health. *South African Journal of Psychology*, 52(1), 3-10. <https://doi.org/10.1177/00812463211070921>
- Compton, M. T., & Shim, R. S. (2015). The social determinants of mental health. *Focus*, 13(4), 419-425. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20150017>
- Dionne, P., & Bourdon, S. (2018). Contradictions as the driving force of collective and subjective development group employment programmes. *Journal of Education and Work*, 31(3), 277-290. <https://doi.org/10.1080/13639080.2018.1468071>

- Gaborean, F., Negura, L., & Moreau, N. (2018). Les enjeux intersectionnels de la demande de services de santé mentale au Canada : la situation des jeunes femmes dépressives francophones. *Revue canadienne de service social*, 35(1), 27-44. <https://doi.org/10.7202/1051101ar>
- Gewurtz, R., Moll, S., Poole, J. M., & Gruhl, K. R. (2016). Qualitative research in mental health and mental illness. Dans K. Olson, R. Young, & I. Schultz (Éds), *Handbook of qualitative health research for evidence-based practice* (vol. 4). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2920-7_13
- Giguère, N., & Handfield, S. (2021). Faire la preuve des choses invisibles : les impacts du processus d'accès au programme de solidarité sociale sur les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 32(1), 195-217. <https://doi.org/10.7202/1080876ar>
- Godrie, B. (2021). Intégration des usagers et usagères et extractivisme des savoirs expérientiels : une critique ancrée dans le modèle écologique des savoirs dans le champ de la santé mentale. *Participations*, 30(2), 249-249. <https://doi.org/10.3917/parti.030.0249>
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situations of mental patients and other inmates*. Aldine Publishing Company.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Goulet, M.-H. (2018). L'approche participative et l'étude de cas : le cas du retour post-isolément en santé mentale. *Recherches qualitatives*, 38(2), 93-116. <https://doi.org/10.7202/1064932ar>
- Harrisson, S., & Thifault, M.-C. (2020). Corps souffrants. *Histoire, médecine et santé*, 17, 117-132. <https://doi.org/10.4000/hms.4015>
- Jacques, I., Pache, S., & Dubé, P. (2025). La mobilisation des diagnostics médico-psychologiques en sociologie : un passage obligé? *Recherches qualitatives*, 44(1), 84-106.
- Joseph, S., Beer, C., Clarke, D., Forman, A., Pickersgill, M., Swift, J., Taylor, J., & Tischler, V. (2009). Qualitative research into mental health: Reflections on epistemology. *Mental Health Review Journal*, 14(1), 36-42.
- Langlois, I., & Villotti, P. (2022). Oppressions et barrières systémiques en relation d'aide pour les populations marginalisées : une revue de la portée. *Revue canadienne de développement de carrière*, 21(1), 20-39. <https://doi.org/10.53379/cjcd.2022.227>
- Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, 89(5), 365-365. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8905.0365>

- Pellerin, M., Hamel, S., Lepage, A.-A., Montambeault, J., Chicoine, C., & Lacharité, C. (2022). Regard sensible sur la transformation de cinq familles ayant participé au Programme de renforcement des familles. *Recherches qualitatives*, 41(1), 109-132. <https://doi.org/10.7202/1088797ar>
- Ruelland, I. (2018). Ethnographie de l'organisation citoyenne d'un réseau de santé mentale au Brésil. Dans I. Fortier, S. Hamisultane, I. Ruelland, J. Rhéaume, & S. Beghdadi (Éds), *Clinique en sciences sociales : sens et pratiques alternatives* (pp. 117-128). Presses de l'Université du Québec.
- Tougas, A.-M., Cotton, J.-C., & Paré-Beauchemin, R. (2022). Promesses et défis de mise en œuvre de la méthode photovoix auprès de jeunes vulnérables. *Recherches qualitatives*, 41(1), 133-155. <https://doi.org/10.7202/1088798ar>
- Vandentorren, S. (2024). Point sur les interactions entre situation de vulnérabilité et santé mentale. *Journal du droit de la santé et de l'assurance-maladie*, 2(40), 13-17. <https://doi.org/10.3917/jdsam.242.0013>
- Viviers, S., Lahrizi, I., Pelletier, M., Khennache, N., Dionne, P., Poisblaud, L., Benoit, D., Poirel, E., Yvon, F., Saussez, F., Balboa, M., Chaiguerova, L., Rioux, I., & Pariseau, M.-C. (2023). *Projet pilote de recherche-intervention portant sur la santé mentale du personnel* [rapport final]. Centre de recherche et d'intervention sur l'éducation et la vie au travail (CRIEVAT).

Audrey Lachance est chercheuse associée au Centre d'études et de recherches sur les transitions et l'apprentissage (CÉRTA), et professionnelle de recherche et chargée de cours à l'Université de Sherbrooke. Ses recherches portent sur le développement professionnel, la supervision clinique ainsi que l'intervention en counseling de carrière individuel et groupal. Elle s'intéresse également à la santé mentale au travail et en milieu scolaire.

Patricia Dionne est professeure titulaire au Département d'orientation professionnelle de l'Université de Sherbrooke et directrice du CÉRTA. En mobilisant une approche culturelle historique de l'activité, ses travaux portent sur l'intervention de groupe en orientation auprès de populations en situation de vulnérabilité vivant des inégalités sociales. Elle s'intéresse à la recherche qualitative à visée transformatrice et émancipatrice.

Anne-Marie Tougas est professeure titulaire au Département de psychoéducation à l'Université de Sherbrooke. Ses travaux ont pour but de développer et d'évaluer des initiatives favorables à la santé mentale et au rétablissement des jeunes, en mobilisant des méthodes participatives qui leur donnent une voix et valorisent l'expertise des partenaires de la pratique.

Audrey Dupuis est professeure adjointe à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Moncton et directrice scientifique du Centre de recherche et de développement en éducation.

Ses travaux de recherche portent principalement sur le choix de carrière, les transitions scolaires et professionnelles, la santé mentale des jeunes et le counseling de carrière groupal.

Pour joindre les autrices :

Audrey.Lachance2@usherbrooke.ca

Patricia.Dionne@usherbrooke.ca

Anne-Marie.Tougas@usherbrooke.ca

audrey.dupuis@umoncton.ca

***La relation entre les inégalités socioéconomiques
et l'anxiété en situation de choix de carrière :
l'apport de l'analyse de l'activité***

Audrey Dupuis, Ph. D.

Université de Moncton, Canada

Zachary Rancourt-Tremblay, B.Ps.

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Patricia Dionne, Ph. D.

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Diane LeBreton, Ph. D.

Université de Moncton, Canada

Julie Lane, Ph. D.

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Résumé

Plusieurs facteurs contribuant à l'anxiété en situation de choix de carrière chez les jeunes ont été identifiés à ce jour, mais les écrits scientifiques se sont peu intéressés au milieu socioéconomique. Dans le cadre d'une recherche qualitative portant sur la prévention de l'anxiété en situation de choix de carrière, un programme de counseling de carrière groupal a été développé et implanté dans quatre écoles de milieux socioéconomiques variés. À partir de l'enregistrement des rencontres des groupes (n = 27), de journaux de bord (n = 157) et d'entrevues individuelles

Note des personnes autrices : Cette recherche a été rendue possible grâce au financement du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 44(1), pp. 12-37.

INÉGALITÉS SOCIALES ET SANTÉ MENTALE : APPORTS, DÉFIS ET CONTRAINTES DE LA RECHERCHE QUALITATIVE

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

© 2025 Association pour la recherche qualitative

(n = 22), une analyse de l'activité qui se déroule dans les groupes a été réalisée en mobilisant trois stratégies complémentaires : l'analyse thématique, la matrice à condensés et l'analyse en mode écriture. Cet article expose certains résultats qui montrent des différences sur le plan de l'anxiété en situation de choix de carrière selon le milieu socioéconomique. Il expose les différences relevées et discute de l'apport de l'analyse de l'activité d'un groupe pour éclairer la relation entre les inégalités socioéconomiques et la santé mentale.

Mots clés

ANALYSE DE L'ACTIVITÉ, MÉTHODE QUALITATIVE, INTERVENTION DÉVELOPPEMENTALE, ANXIÉTÉ, ADOLESCENCE

The relationship between socioeconomic inequalities and anxiety in career choice situations: the contribution of activity analysis

Abstract

Several factors contributing to anxiety in career choice situations among young people have been identified to date, but scientific literature has paid little attention to socioeconomic background. As part of a qualitative research on the prevention of anxiety in career choice situations, a group career-counselling programme was developed and implemented in four schools from diverse socioeconomic backgrounds. Based on recordings of group meetings (n = 27), logbooks (n = 157) and individual interviews (n = 22), an analysis of the activity taking place in the groups was carried out using three complementary strategies: thematic analysis, condensed matrix and writing mode analysis. This article presents some results that show differences in anxiety levels when choosing a career depending on socioeconomic background. It presents the differences identified and discusses the contribution of group activity analysis in understanding the relationship between socioeconomic inequalities and mental health.

Keywords

ACTIVITY ANALYSIS, QUALITATIVE METHOD, DEVELOPMENTAL INTERVENTION, ANXIETY, ADOLESCENCE

Introduction : problématique

Au Québec, on observe une augmentation de l'anxiété et des troubles anxieux chez les adolescentes et adolescents de niveau secondaire dans la dernière décennie (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2024; Therriault et al., 2022). En 2010-2011, 8,6 % des jeunes du secondaire déclaraient avoir un trouble anxieux diagnostiqué par une personne professionnelle de la santé. En 2022-2023, ce taux a augmenté à 19,9 % (ISQ, 2024), ce qui représente plus du double. L'émergence de l'anxiété est associée à plusieurs facteurs individuels, familiaux, sociaux et socioéconomiques (Fournier & Pauzé, 2017; Piché et al., 2017; Therriault et al., 2022), notamment le genre, la structure familiale, la scolarisation des parents, le statut socioéconomique et la performance scolaire (ISQ, 2024). Un autre facteur pouvant contribuer à cette émergence est le choix de carrière¹

qui doit être réalisé à la fin des études secondaires (Cournoyer et al., 2016). L'anxiété en situation de choix de carrière émerge alors que la personne est amenée à faire un choix à un moment socialement normé, sans nécessairement posséder les instruments conceptuels ou les connaissances pour le faire (Dupuis, 2022). Cette anxiété peut entraîner plusieurs conséquences négatives sur la vie de l'adolescente ou l'adolescent, telles que de l'évitement, de l'absentéisme, une diminution dans les résultats scolaires et de l'abus de substance (Germeijs et al., 2006; Turgeon & Gosselin, 2015). Elle a même été reliée à une plus grande présence d'idéations suicidaires (Onyishi, 2023).

Dans les écrits scientifiques, certaines pistes ont déjà été explorées pour tenter d'expliquer l'anxiété en situation de choix de carrière. D'un point de vue social, elle peut être alimentée par le fait que la société actuelle donne en grande partie la responsabilité du choix de carrière à l'élève (Guichard, 2012), par la nature du système scolaire québécois (Kamanzi & Pilote, 2016) et par l'insuffisance des ressources en orientation scolaire (Dionne et al., 2018). Des recherches se sont aussi intéressées à l'effet du genre (Levy et al., 2021; Nalbantoglu Yilmaz & Cetin Gundus, 2018), du soutien familial (Boerchi, 2020; Martiani et al., 2023), ainsi que du domaine d'étude visé (Ahmed, 2018; Megreya & Al-Emadi, 2023) sur les niveaux d'anxiété face aux choix de carrière dégagés. Un facteur n'ayant été que très peu exploré jusqu'à présent est l'impact du milieu socioéconomique. De fait, bien que quelques études proposent de s'intéresser à l'impact du niveau socioéconomique sur l'anxiété en situation de choix de carrière (Lent et al., 2019; Nalbantoglu Yilmaz & Cetin Gundus, 2018; Ulrich et al., 2021), peu semblent s'être penchées sur le sujet. Une recension de la littérature a permis d'identifier un seul article scientifique ayant exploré le sujet depuis 2018. Dans cette recherche menée auprès de 311 étudiantes et étudiants japonais âgés de 18 à 29 ans, Lee et al. (2022) n'ont pas trouvé de lien direct significatif entre le niveau socioéconomique et l'anxiété en situation de choix de carrière. Sans s'intéresser directement à l'effet du niveau socioéconomique, certains auteurs et autrices mesurent cette variable (Circir & al., 2023; Hatfield et al., 2018; Onyishi, 2023) et même parfois la considèrent comme variable contrôle (Ahmed, 2018), mais n'en tiennent pas compte dans leurs résultats.

Les écrits recensés permettent d'arriver à deux constats. Dans un premier temps, il semble pertinent de se pencher plus en détail sur l'effet du milieu socioéconomique, d'autant plus qu'il a déjà été démontré que les élèves de milieu socioéconomique défavorisé sont plus à risque de développer un trouble anxieux ou de vivre de l'anxiété (ISQ, 2024) et que l'appartenance à un milieu défavorisé durant l'enfance a été associée à une augmentation de symptômes anxieux à la fin de l'âge adulte (Lähdepuro et al., 2019). Dans un second temps, la grande majorité des écrits utilisent une méthodologie quantitative. Les études recensées suggèrent ainsi la pertinence d'explorer la relation entre le milieu socioéconomique des individus et l'anxiété, en situation de choix de carrière ou non, mais n'offrent pas de piste d'explication sur la nature de cette relation.

Dans le cadre de l'implantation du programme HORS-PISTE Orientation (Dupuis, 2022) visant à prévenir – et intervenir sur – l'anxiété en situation de choix de carrière, la méthode d'analyse de l'activité de groupes a permis de constater une disparité entre les jeunes de groupes provenant de milieux dits favorisés et ceux provenant de milieux dits défavorisés au regard de leur anxiété ressentie. L'utilisation de cette méthodologie qualitative a mis en évidence le fait que l'anxiété en situation de choix de carrière se vit différemment selon le milieu socioéconomique auquel les jeunes appartiennent. L'objectif de cet article est de démontrer la façon dont l'analyse qualitative de l'activité d'un groupe de counseling de carrière met en lumière la relation entre les inégalités socioéconomiques et l'anxiété en situation de choix de carrière.

Cadre d'analyse

Les travaux de Vygotski apportent un éclairage théorique à la fois sur la relation entre les inégalités socioéconomiques et l'anxiété en situation de choix de carrière, et sur l'analyse de l'activité. Dans une perspective vygotkienne, la relation entre les inégalités socioéconomiques et l'anxiété en situation de choix de carrière est caractérisée par son aspect dialectique (Vygotski, 1934/2019). De fait, Roth (2007) explique que pour Vygotski, « l'intellect et l'affect sont théorisés et analysés comme des expressions complémentaires de la même unité »² [traduction libre] (p. 57). Ainsi, les pensées de la personne dans la situation de choix de carrière et les émotions qu'elle ressent ne sont pas deux phénomènes séparés qui interagissent, mais sont deux parties d'une même unité. Vygotski (1935/1994) propose également une autre unité dialectique pouvant éclairer le phénomène de l'anxiété en situation de choix de carrière, celle unissant les caractéristiques de la personne et celles de la situation. En d'autres mots, l'expérience émotionnelle – aussi appelée *perezhivanie* – est constituée à la fois des caractéristiques de la situation de choix de carrière, mais également des caractéristiques des personnes, et de la signification qu'elles accordent à cette situation. Si la compréhension de l'anxiété en situation de choix de carrière dans une perspective vygotkienne implique de considérer les caractéristiques de la situation de choix de carrière, c'est le rapport que la personne entretient avec la situation – qui repose nécessairement sur une dialectique affect-intellect – qui forme l'expérience émotionnelle d'anxiété vécue par la personne.

Comme mentionné précédemment, l'anxiété en situation de choix de carrière émerge lorsqu'un ou une élève est amené à faire un choix, mais ne possède pas nécessairement les instruments pour le faire (Dupuis, 2022). Afin de fournir aux élèves ces instruments, un groupe est mis en place dans le cadre du programme HORS-PISTE Orientation. Ce groupe participe à une activité structurée d'apprentissage – ou de transmission-acquisition – telle que définie par Vygotski qui, bien que ne l'ayant pas nommée ainsi, pose les bases des théories de l'activité qui ont suivi. Au sein du groupe, une activité de transmission-acquisition des instruments de systématisation de l'expérience a lieu afin de permettre le développement de nouvelles capacités à agir par

les personnes participantes (PP) au regard de leur anxiété et de leur processus de choix de carrière. Ces instruments peuvent prendre la forme de concepts scientifiques et de systèmes d'action et sont mobilisés tout au long du programme d'intervention au travers de divers ateliers. Les concepts scientifiques viennent structurer le rapport entre la personne et son environnement, lui permettant d'agir sur le monde en pleine connaissance de cause (Saussez, 2017). Les concepts scientifiques transmis et acquis dans le groupe incluent notamment l'anxiété, les champs d'intérêt ou préférences et les valeurs. Les systèmes d'action mettent en évidence une séquence d'actions à poser dans une situation donnée à partir de savoirs déjà acquis (Dionne et al., 2017). Ils ne dictent pas les actions à poser, mais organisent la séquence des actions à poser dans une situation en les mettant en lien selon un principe explicatif. Les systèmes d'action transmis et acquis dans le groupe incluent notamment le processus de prise de décision, la recherche d'informations et la pratique de la pleine conscience.

Les ateliers réalisés permettent aux PP de vivre une activité de conceptualisation à l'aide de ces instruments, ce qui implique notamment la définition de ceux-ci, leur mise en système et leur mise en jeu sur le plan collectif pour résoudre les tâches proposées dans les ateliers, comme montré dans Dupuis (sous presse). Par exemple, un atelier porte spécifiquement sur le concept scientifique d'intérêts. Durant cet atelier, le concept scientifique fait l'objet d'une activité de conceptualisation durant laquelle il est défini en collaboration avec les PP, qui sont ensuite invitées à identifier leurs propres intérêts. Le concept d'intérêts est aussi mis en système avec d'autres concepts scientifiques ou systèmes d'action (p. ex., aptitudes, processus de prise de décision), alors que les PP sont amenées à considérer les liens entre les intérêts et les aptitudes qu'elles possèdent, ainsi que l'influence qu'ils peuvent avoir sur leur choix de carrière. Le concept d'intérêts est ainsi mis en jeu sur le plan collectif au moyen de listes, puis fait l'objet de discussions en dyades ou en groupe afin de favoriser son apprentissage sur le plan individuel. C'est un exemple de l'activité du groupe qui fait l'objet d'une analyse dans le présent article et qui a permis de mettre en évidence des différences sur le plan de l'anxiété en situation de choix de carrière selon le milieu socioéconomique d'appartenance.

Méthodologie

La méthodologie mobilisée pour la recherche dans son ensemble a été choisie dans une perspective d'intervention développementale, qui suppose que la théorie n'a pas seulement pour objectif l'analyse et l'explication du monde, mais également l'émergence de nouvelles pratiques et de changements (Sannino, 2011). En se basant sur la prémisse selon laquelle il est préférable d'étudier un phénomène en travaillant en contact direct avec des individus qui le vivent dans leur réalité (Sannino, 2011), l'intervention développementale vise à générer de manière expérimentale le processus de formes supérieures du comportement plutôt que d'étudier ces formes une fois arrivées à maturité (Vygotski, 1934/2012). L'analyse de l'activité de groupes s'inscrit en ce sens,

puisque son objectif est de mettre en lumière les processus ayant cours dans le groupe et menant à l'apprentissage et au développement de nouvelles capacités à agir au regard des émotions et du processus d'orientation. Dans cet article qui vise à mieux comprendre les différences entre les groupes provenant de milieux socioéconomiques variés, des éléments mis en lumière par l'intervention développementale et son analyse sont présentés. Cet article a ainsi une visée compréhensive, alors que la recherche dans son ensemble se positionne dans une visée transformatrice.

Le programme HORS-PISTE Orientation

Les données ont été recueillies dans le cadre de l'implantation du programme HORS-PISTE Orientation. Ce programme implique 12 heures d'intervention, divisées en plusieurs rencontres (entre 4 et 12) selon la réalité des milieux d'implantation. Le programme de counseling de carrière groupal est animé par des conseillers et conseillères d'orientation, ici appelés personnes intervenantes (PI). Chaque rencontre implique de trois à cinq ateliers portant sur un ou plusieurs instruments de systématisation de l'expérience. Les instruments transmis visant la mise en visibilité des émotions incluent l'anxiété, la pleine conscience et le stress. Les instruments transmis visant la mise en visibilité du processus d'orientation incluent les intérêts, les valeurs et la recherche d'informations. La transmission se réalise par différents moyens d'intervention, par exemple la discussion, la réalisation de schémas et tableaux, et le travail avec des images. Les ateliers réalisés permettent aux PP de travailler avec ces instruments pour se les approprier progressivement et en faire une utilisation consciente pour agir sur l'anxiété ressentie en situation de choix de carrière. Le contenu détaillé du programme est présenté dans Dupuis (2022).

Les personnes participantes

Cet article porte sur cinq groupes ayant participé au programme HORS-PISTE Orientation (voir Tableau 1). Quatre groupes ont été formés dans des écoles secondaires et l'autre dans un centre de formation générale aux adultes du Québec. Par ailleurs, deux groupes, les groupes deux (G2) et trois (G3), sont de la même école. Les écoles ont manifesté leur intérêt à participer à la recherche après avoir entendu parler du programme HORS-PISTE Orientation, généralement grâce à un feuillet publicitaire. Les groupes étaient formés de quatre à sept PP, auxquelles des prénoms fictifs ont été attribués. Pour les groupes un (G1), deux (G2), trois (G3) et cinq (G5), les PP ont été recrutées au moyen d'affiches, de courriels et/ou de présentations en classe de la part de la PI. Les personnes intéressées ont contacté directement la PI, qui les a inscrites au groupe. Pour le groupe huit (G8), les PP constituent un groupe-classe complet qui participe au programme. Leur participation au programme et à la recherche est demeurée libre, mais le groupe en entier a été invité à participer au programme.

Le milieu socioéconomique de chaque groupe a été déterminé avec l'indice de défavorisation de l'école attribué par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement

Tableau 1*Description des groupes participants*

Groupes	Personnes participantes	Milieu socioéconomique	Autres caractéristiques
G1	Alexia; Clara; Judith; Julie; Léonie; Livia; Zoé (n = 7)	Favorisé	- Âgées de 15 et 16 ans - Natives du Québec, sauf une - Programme d'éducation internationale
G2	Amélia; Anne; Charlotte; Delphine; Léa; Noémie (n = 6)	Défavorisé	- Âgées de 15 et 16 ans - Natives du Québec - Programme axé sur les arts de la scène
G3	Camille; Coralie; Éliane; Emma; Laura; Naima (n = 6)	Défavorisé	- Âgées de 15 et 16 ans - Natives du Québec - Programme axé sur les arts de la scène
G5	Eva; Liliana; Patrice; Yasmine (n = 4)	Moyen	- Âgé(e)s entre 20 et 22 ans - Natif(ve)s de l'extérieur du Québec - Formation générale aux adultes
G8	Catherine; Justine; Mathieu; Olivier; Sophie (n = 5)	Moyen	- Âgé(e)s de 16 et 17 ans - Natif(ve)s du Québec - Programme d'appui à la réussite

supérieur [MÉES] (2024a) du Québec. Plus précisément, l'indice de milieu socioéconomique utilisé est constitué de la proportion des familles dont la mère n'a pas de diplôme reconnu et des familles dont les parents n'occupaient pas d'emploi lors du dernier recensement canadien (MÉES, 2024a).

La collecte de données

Les données ont été recueillies de cinq sources qui donnent accès à l'activité des groupes, partiellement ou dans leur totalité : 1) l'enregistrement vidéo ou audio et la transcription des rencontres du groupe; 2) les journaux de bord remplis par les PP après chaque rencontre; 3) les journaux de bord remplis par les PI après chaque rencontre;

4) l'enregistrement audio et la transcription des entretiens individuels (EI) avec les PI après l'animation du programme; 5) l'enregistrement audio et la transcription des entretiens individuels (EI) avec les PP, trois mois après la fin du programme (voir le Tableau 2).

L'enregistrement des rencontres du groupe, qui ont ensuite été transcrites, permet un accès direct à l'activité du groupe. Les journaux de bord des PP ont également offert un accès à la pensée écrite *in situ* de chaque élève, alors qu'ils ont été remplis durant les rencontres, et représentaient une activité à part entière. Les trois autres sources de données ont fourni un accès indirect à l'activité du groupe, alors qu'il s'agissait d'un retour sur l'activité réalisée plutôt que de l'activité en elle-même. Ces sources ont néanmoins permis d'obtenir un aperçu de l'activité en y réfléchissant a posteriori et en y posant un nouveau regard à partir des questions posées par l'équipe de recherche. Les entretiens portaient majoritairement sur ce que les PP ont appris et les changements qu'elles avaient vus depuis leur participation à HORS-PISTE Orientation.

L'analyse des données

Afin de réaliser l'analyse de l'activité des groupes, les données ont été entrées dans le logiciel NVivo 14. L'ensemble des sources de données ont été analysées pour cet article, bien que l'enregistrement des rencontres soit la source la plus mobilisée. Le codage a été réalisé par un auxiliaire de recherche, sous la supervision de la première auteure. Trois méthodes d'analyse ont été mobilisées de façon itérative afin de s'assurer d'avoir une analyse de l'activité la plus exhaustive possible. Si chacune des méthodes fournit un aperçu de l'activité du groupe, elle n'est que fragmentaire par elle-même (voir Encadré 1). La première est l'analyse thématique (Paillé & Muchielli, 2021), pour laquelle un arbre thématique a été construit de façon à mettre en évidence les particularités de l'intervention groupale en termes de processus d'apprentissage et de développement. L'arbre en question comptait plus de 200 nœuds, incluant les dynamiques et interactions dans le groupe, le milieu de vie des PP, le rapport à l'anxiété, le rapport au choix de carrière, les apprentissages réalisés et les caractéristiques de l'intervention.

La deuxième méthode utilisée a été la matrice à condensés (Spencer et al., 2014), pour suivre le développement de la capacité à maîtriser ses émotions et à agir en situation de choix de carrière de chaque groupe, mais également de chaque PP. Dans cette matrice, chaque PP avait sa propre ligne, ce qui permettait de suivre son cheminement tout au long des rencontres du groupe, puis de l'entretien individuel. Chaque thème avait sa propre colonne, ce qui donnait la possibilité de réaliser des croisements et de constater la façon dont elles évoluaient au fil de la participation à HORS-PISTE Orientation. La matrice à condensés (Figure 1) a ainsi permis de déconstruire les processus ayant cours dans le groupe afin de les analyser de façon chronologique. Cela a eu pour effet de suivre

Tableau 2*Source des données pour chaque groupe de participant*

	G1	G2	G3	G5	G8
Enregistrements des rencontres	n = 6	n = 6	n = 6	-	n = 9
Journaux de bord de la PI	-	-	-	n = 6	-
Journaux de bord des PP	n = 33	n = 28	n = 34	n = 11	n = 45
Entretien individuel avec la PI (PI-EI)	-	-	-	n = 1	n = 1
Entretiens individuels avec les PP (PP-EI)	n = 5	n = 6	n = 5	n = 2	n = 2

Encadré 1

Exemple d'application des trois stratégies d'analyse ayant conduit à l'émergence du thème concernant le milieu socioéconomique

L'utilisation des trois méthodes dans un processus itératif a permis de réaliser une analyse fine de l'activité des groupes et ainsi, de faire émerger certains thèmes qui n'avaient pas nécessairement été envisagés au départ. C'est notamment le cas des distinctions observées au sujet de l'anxiété en situation de choix de carrière ressentie selon la situation socioéconomique des PP et des milieux socioéconomiques d'implantation, et dont il est question dans les résultats du présent article. Lors de l'analyse en mode écriture, l'aspect financier du choix a émergé comme un facteur central contribuant à l'anxiété des PP, mais en comparant les groupes, il a été possible de constater que selon les milieux socioéconomiques dans lesquels les groupes étaient menés, cet aspect financier se déclinait différemment. Certains ateliers durant lesquels les PP étaient amenées à parler davantage de leur environnement social ou de leurs facteurs anxiogènes ont alors été analysés plus en détail (p. ex., mes facteurs d'anxiété, mon réseau social). Le choix a ensuite été fait de retourner dans l'arbre thématique pour creuser davantage certaines catégories, par exemple celles portant sur le milieu de vie des PP et les facteurs contribuant à l'anxiété.

Un thème portant spécifiquement sur le statut socioéconomique des PP a éventuellement été ajouté à l'arbre thématique pour faciliter l'analyse de ce facteur pour la suite du projet de recherche, permettant aussi de mieux utiliser la matrice à condensés pour constater la façon dont les PP étaient progressivement en mesure de mettre des mots sur leur situation et de mieux comprendre la façon dont leur environnement socioéconomique a un impact sur leur choix de carrière et les émotions – notamment l'anxiété – qui y sont liées.

Figure 1*Exemple de matrice à condensés*

	Première rencontre	...	Rencontre finale	Entretien individuel PI	Entretien individuel PP
Nœud ou cas					

les discussions portant sur la situation socioéconomique des PP d'une semaine à l'autre, puis lors de l'entretien individuel de suivi.

La troisième méthode mobilisée a été l'analyse en mode écriture (Hillion, 2021), pour laquelle le modèle de la matrice a été reproduit dans Microsoft Word. L'utilisation de l'analyse en mode écriture a permis de sortir des catégories très précises de l'arbre thématique pour reconstruire à rebours les processus d'apprentissage et de développement, et élaborer, lorsque pertinent, de nouveaux thèmes pour les caractériser. Dans cette étape de l'analyse, les concepts scientifiques et systèmes d'action ont été considérés, mais ont été mis à distance pour laisser toute la place à une analyse fine de l'activité de transmission-acquisition ayant lieu dans chaque groupe. Chaque atelier, pour chaque groupe, a fait l'objet d'une analyse en mode écriture qui a fait émerger – volontairement ou non – des thèmes qui n'avaient pas été considérés lors de la création de l'arbre thématique.

Résultats

Les résultats se présentent en trois catégories qui reflètent les distinctions relatives à l'anxiété vécue par les PP selon leur milieu socioéconomique d'appartenance : le financement des études, la méconnaissance des aspects financiers de la « vie d'adulte » et le salaire comme facteur décisionnel. Les propos rapportés ont été tenus lors de discussions qui ont été menées dans le groupe et qui font partie de l'activité de transmission-acquisition du groupe visant l'apprentissage de divers instruments de systématisation de l'expérience.

Le financement des études

De façon générale, les groupes dont les PP vivent dans un milieu socioéconomique favorisé font peu mention de l'aspect économique de leur choix de carrière comme d'un facteur qui contribue à l'anxiété ressentie. De fait, durant un atelier portant sur le concept scientifique d'anxiété, il est demandé aux PP d'identifier les sources de leur anxiété en situation de choix de carrière. Une seule personne (sur sept) du G1 identifie l'argent comme une source d'anxiété. De l'autre côté, dans les G2 et G3 qui sont menés dans des milieux défavorisés sur le plan socioéconomique, 7 personnes sur 12 l'identifient comme tel. La discussion qui suit met de l'avant la façon dont le milieu socioéconomique des

PP est lié à leur anxiété en situation de choix de carrière, particulièrement en ce qui a trait au financement de leurs études :

- **Intervenante** : Qu'est-ce qui est inquiétant au niveau de l'argent?
- **Charlotte** : De financer ses études. D'être capable d'avoir... bien soit un endroit où vivre, être capable de se nourrir [...] être bien avec...
- **Amélia** : Ouais, même chose pour moi, genre le fait qu'à 16 ans je m'en vais étudier dans une autre ville, je veux pouvoir être capable de me nourrir, être capable de payer mes études.
- **Noémie** : Puis on dirait moi aussi de mon bord le fait qu'admettons mes parents, à un certain temps ils aient manqué d'argent, on dirait que ça ne me tente pas que moi ça se produise puis que j'offre cette vie-là à mes enfants (G2-R2).

Les propos des PP permettent de constater que pour des personnes provenant d'un milieu socioéconomique défavorisé, le choix de carrière peut revêtir une signification particulière, alors que des obstacles supplémentaires peuvent devoir être considérés dans le financement de leur parcours académique. Elles parlent du fait de ne pas souhaiter reproduire une situation socioéconomique difficile vécue, mais également du fait que les études impliquent des coûts qu'elles devront assumer.

Les PP des groupes de milieu défavorisé parlent également de l'argent comme un facteur anxiogène à la perspective de changer d'idée lors du parcours académique. Elles expliquent que le fait de changer de programme de formation en cours de route peut allonger leurs études, et ainsi mener à une accumulation plus importante de dettes. Par exemple, durant les entretiens de suivi menés, Delphine (G2) demande à l'intervenante de faire des simulations pour les prêts et bourses avec elle. De son côté, Léa mentionne :

L'argent c'est, c'est stressant je trouve. J'ai peur que ça m'arrête comme, ça m'arrête, ça m'arrête d'avancer, je ne peux pas avancer plus parce que je n'ai pas assez d'argent (G2-EI).

Pour cette participante, l'argent représente un obstacle important pour un possible changement de programme de formation, parce qu'elle ne serait pas certaine d'avoir les moyens financiers pour le faire. Ces facteurs ne sont pas du tout nommés dans les groupes menés en milieu favorisé, au sein desquels plusieurs PP indiquent que leurs parents ont l'intention de payer leurs études postsecondaires.

La nécessité de déménager pour ses études – et de financer ce déménagement – est également une préoccupation nommée dans les groupes de milieux défavorisés et moyens, ce qui n'est pas le cas dans le groupe de milieu favorisé. Noémie indique : « [...] tu sais, faire ses études à Montréal quand tu as dix-huit ans, c'est un grand défi, on va toutes se le dire » (G2-R6). Elle ajoute que ses parents vont l'appuyer, peu importe son choix, mais que le fardeau financier de ses études repose sur ses épaules. De son côté, Olivier explique : « [...] mes parents me disent qu'ils vont me mettre dehors. À

18 ans, je pense que je veux trouver un emploi pour vivre » (G8-R2). Ainsi, alors qu'il souhaiterait poursuivre ses études, il évoque la nécessité de se trouver un emploi parce qu'il ne sera plus en mesure de demeurer chez ses parents.

La méconnaissance des aspects financiers de « la vie adulte »

Un autre facteur qui ressort des propos des PP et qui contribue à leur anxiété en situation de choix de carrière est leur situation actuelle, en termes de connaissances acquises et d'environnement social. Le manque d'informations concernant l'argent et ce qu'elles nomment « la vie adulte » est un facteur d'anxiété qui semble présent autant dans les groupes de milieux favorisés que défavorisés et moyens. Zoé, évoluant dans un milieu favorisé, indique qu'il s'agit d'un obstacle lors d'un atelier portant sur le système d'action de processus de prise de décision :

Ce qu'on se posait comme question, genre on parlait d'argent. On se disait qu'on avait un peu de la misère à, à se dire c'est quoi un, un bon montant d'argent pour vivre, parce qu'on n'en parle pas assez genre, donc on ne sait pas vraiment comme, sur quoi se baser (G1-R5).

Il s'agit d'un questionnement partagé par des PP des groupes de milieux défavorisés ou moyens, qui en discutent également dans le groupe en relation au concept scientifique d'anxiété :

- **Delphine** : Vu qu'on vit chez nos parents puis on ne sait pas beaucoup d'affaires fait que quand admettons des fois ma mère a me dit des trucs je suis comme : « Han, faut faire ça? Genre han faut payer ça? Ah, je ne savais pas! » Comme c'est tous des trucs qu'on prend pour acquis puis qu'on ne pensait pas avoir à payer dans notre vie ou à faire...
- **Amélia** : Ouais!
- **Charlotte** : Mais moi aussi l'inquiétude de l'argent c'est surtout que tu sais l'école oui nous apprend plein de choses mais ils ne nous apprennent pas nécessairement comment payer des impôts, s'occuper des taxes puis tu sais de... de comment savoir gérer bien son argent, puis de tu sais... de pouvoir se gérer correctement... (G2-R2).

Ainsi, peu importe le milieu socioéconomique dans lequel les PP évoluent, ce manque d'informations sur leur vie adulte future – et les dépenses qu'elle implique – est présent et contribue à leur difficulté à réaliser un choix de carrière et à leur anxiété. L'analyse fine de l'activité des groupes permet néanmoins de constater que la situation de vie actuelle des PP a une influence sur la nature de leurs préoccupations à l'égard de leur vie adulte.

Dans les groupes de milieu favorisé, lors d'un atelier portant sur le système d'action d'exploration vocationnelle, les PP prennent connaissance des salaires associés

à certaines professions et expriment une inquiétude par rapport à la possibilité de gagner moins d'argent que leurs parents et la possibilité que cela affecte leur mode de vie :

L'argent c'est un peu un concept un peu abstrait, je ne sais pas dans quoi, tout dans quoi l'argent va, dans quoi, dans quoi j'ai besoin de mettre mes choses si je vais gagner moins que mes parents, ou comment je me représente ça, qu'est-ce qui va changer dans mon mode de vie et tout (Léonie, G1-R5).

Cette méconnaissance est également illustrée par leur difficulté à bien gérer leurs finances actuelles, alors qu'Alexia indique : « J'ai vraiment beaucoup d'argent qui dort dans un compte, même pas d'épargne parce que je ne sais pas quoi faire avec » (G1-EI).

Dans les milieux moyens et défavorisés, cette méconnaissance représente également un obstacle, mais leurs préoccupations au regard de la vie adulte sont davantage teintées par les situations socioéconomiques parfois difficiles vécues par leur famille, comme Anne l'exprime durant un atelier portant sur le concept scientifique de réseau social :

Je prends exemple sur mon père. Admettons lui, il hait sa job puis c'est vraiment quelque chose, bien il n'a comme pas le choix parce que s'il fait juste démissionner, bien là on... Il n'aura probablement pas de chômage, fait qu'on... on va comme être en... on va manquer d'argent parce que ma mère elle travaille, mais juste elle ça ne marchera pas tu sais. Fait que genre il n'a pas nécessairement le choix (G3-R3).

Ainsi, l'analyse de l'activité de transmission-acquisition du groupe révèle que le fait de vivre dans un milieu socioéconomique plus favorisé ou défavorisé a une influence sur la perception des PP de la vie adulte. Il semble néanmoins que le manque de connaissances financières à cet égard est généralisé, indépendamment du milieu socioéconomique.

Le salaire comme facteur décisionnel

Au-delà des inquiétudes financières pour les études et de la méconnaissance de la vie adulte, plusieurs PP, dans tous les types de milieux socioéconomiques, évoquent le salaire d'une profession comme facteur décisionnel important lors d'un atelier portant sur le système d'action d'exploration vocationnelle :

- **Intervenante** : Une fois qu'on a sorti plein de métiers, là comment on fait pour choisir, qu'est-ce qu'on veut plus que d'autres?
- **Olivier** : Lui qui paie le plus (G8-R7).

Cependant, l'importance du salaire dans la décision semble varier selon le milieu socioéconomique d'appartenance. Dans les groupes de milieu favorisé, le salaire est davantage considéré comme une façon de maintenir le train de vie actuel :

J'ai mis l'argent parce que je pense que c'est important en finalité, parce que ça, tu sais comme, le mode de vie puis ton train de vie, bien il va devoir être influencé par le salaire que tu fais (Alexia, G1-R6).

Livia va dans le même sens :

Moi mes parents ils disent « tu dépenses tellement que, men, il va te falloir une *job* dans les six chiffres, sinon tu ne seras pas bien » (rires). Ce qui est quand même vrai, parce que pour vrai, je suis vraiment, vraiment dépensière (G1-R6).

Certaines d'entre elles évoquent également les pressions familiales pour choisir un métier qui paie bien : « Mon père c'est plus "fais qu'est-ce que t'aimes", mais il faut quand même que tu penses à l'argent, comme "sois pas peintre" » (Clara, G1-EI). Ainsi, il ressort de l'analyse de l'activité du G1 que le salaire représente un facteur décisionnel important, dans la perspective où les PP souhaitent maintenir un train de vie auquel elles sont habituées – et où leurs parents les encouragent en ce sens.

Dans les groupes de milieux défavorisés ou moyens, le salaire semble représenter un facteur décisionnel plus présent, puisqu'il en est davantage question dans les discussions de groupe – et de façon plus diversifiée. Bien qu'un nombre important de PP indiquent que le fait d'aimer son emploi est plus important que d'avoir un bon salaire lors d'un atelier portant sur le système d'action de prise de décision vocationnelle, certaines PP indiquent mettre de côté certaines professions par crainte de ne pas avoir un salaire suffisant :

En secondaire un j'ai vu un reportage sur le domaine de la musique au Québec puis ce n'était vraiment pas payant, genre ce n'était pas stable. Fait que là j'ai fait : « OK non. Je ne peux pas travailler là-dedans parce que moi j'ai des grands rêves que je veux absolument réaliser, puis ça me prend de l'argent pour les réaliser fait que ce n'est pas avec la musique que je vais les réaliser! » (Emma, G3-R1).

Éliane va dans le même sens et mentionne :

C'est beau vouloir faire quelque chose qu'on aime, mais il faut quand même penser à l'argent parce qu'il y a des métiers bien cool qu'on voudrait faire, mais que malheureusement, ils ne donnent pas beaucoup d'argent. Puis maintenant tout coûte tellement cher que... tu sais, il faut y penser (Éliane, G3-R4).

Au moment de faire un choix, d'autres PP mentionnent prendre leur décision en raison du salaire associé à une profession. Sans choisir une profession uniquement en se basant sur ce critère, il peut servir à départager deux options. Liliana explique :

À la fin de la journée, c'est moi qui vais faire cet argent-là et c'est moi qui vais devoir payer mes affaires. Si je travaille c'est pour payer mes affaires,

l'opinion des gens ce n'est pas ce qui va me fournir de l'argent. Ce n'est pas ce qui va me faire vivre, en tout cas (G5- EI).

L'analyse fine de l'activité de transmission-acquisition des groupes permet ainsi de constater que le salaire représente un facteur décisionnel dans le processus de choix de carrière dans tous les milieux socioéconomiques, mais que ce facteur n'agit pas de la même façon ou n'a pas nécessairement la même importance.

Discussion

La discussion se divise en trois sections. La première fait un retour sur les résultats obtenus dans la recherche menée, en mettant l'accent sur la relation entre les inégalités sociales et la santé mentale. La deuxième présente l'apport de la méthodologie utilisée – l'analyse de l'activité – pour mettre en évidence cette relation, puis la troisième élabore sur les limites de la recherche, mais aussi de la méthodologie.

Retour sur les résultats

Les résultats obtenus mettent ainsi en évidence la relation entre les inégalités socioéconomiques et l'anxiété en situation de choix de carrière chez les jeunes, un aspect peu exploré jusqu'à présent, comme montré dans l'introduction. Les résultats mettent aussi en lumière le fait que les PP, évoluant dans des environnements socioéconomiques différents et ayant leur propre histoire biographique, vivent une anxiété avec une teneur spécifique par rapport à leur situation de choix de carrière, un élément partiellement abordé par Dupuis et Saussez (2022). L'étude de Lee et al. (2022) ne leur permet pas de mettre de l'avant un lien significatif entre ces deux variables, ce que cet article-ci tend à contredire. De fait, en considérant l'anxiété en situation de choix de carrière dans une unité dialectique (Vygotski, 1935/1994), il n'est pas possible de comprendre l'expérience vécue par les PP en considérant le milieu socioéconomique comme une simple variable. Les résultats montrent une distinction sur les dimensions du choix qui génèrent de l'anxiété en situation de choix de carrière des PP selon leur milieu socioéconomique d'appartenance. De fait, les PP semblent vivre de l'anxiété indépendamment de leur milieu socioéconomique, mais la nature de leurs préoccupations diffère. Ainsi, les résultats obtenus par l'analyse thématique et en mode écriture viennent affiner la compréhension de formes d'insécurité financières sur l'anxiété vécue au regard du choix de carrière dans les milieux en situation de défavorisation. Ces insécurité et la précarité anticipée entraînent des représentations pouvant être limitantes (Dionne et al., 2022) sur la capacité à faire des choix que les PP valorisent. De même, la méconnaissance d'instruments de littératie financière et les difficultés financières dans le passage à l'âge adulte semblent occasionner de l'anxiété, voire – comme il a été montré dans une étude sur la transition entre la formation générale des adultes et le collégial – l'abandon des projets d'études (Thériault & Marchand, 2023).

Alors que le programme animé HORS-PISTE Orientation est le même pour tous les groupes, l'analyse de l'activité des groupes permet de constater que les discussions relatives à l'argent n'ont pas la même fréquence ou la même teneur dans les groupes menés dans des milieux favorisés, défavorisés ou moyens. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette disparité, mais l'implication des parents semble y contribuer de façon importante. Cette influence parentale se fait notamment sentir dans la perception d'une pression de ne pas changer d'idée durant le parcours de formation – pour des raisons financières – dans les groupes de milieu défavorisé, alors que cet aspect ne semble pas présent dans les groupes de milieux favorisés. Globalement, les résultats suggèrent que le soutien des parents – un facteur qui peut réduire l'anxiété en situation de choix de carrière (Martiani et al., 2023) – semble similaire peu importe le milieu socioéconomique, mais que l'appui financier varie grandement. Cependant, l'absence d'appui financier des parents pour la réalisation des études contribue à l'anxiété en situation de choix de carrière des PP issues de milieux moyens ou défavorisés, selon les propos des PP. Cela suggère que plus de temps pourrait être consacré aux différents programmes d'aide financière disponible dans les groupes de milieu défavorisé ou moyen.

Au-delà de ces résultats mettant en lumière la relation entre les inégalités socioéconomiques et l'anxiété en situation de choix de carrière, l'analyse de l'activité des groupes permet de constater une méconnaissance importante et généralisée des aspects financiers de la vie adulte. Cet enjeu a été abordé dans les cinq groupes et semble représenter un obstacle dans la réalisation éclairée d'un choix de carrière. Ce résultat amène un questionnement sur le traitement de ce type d'informations par le système éducatif du Québec qui accorde peu d'espace à ces éléments dans son curriculum malgré des développements récents en ce sens (MÉES, 2024b), mais également sur le manque de ressources en orientation dans les milieux scolaires (Dionne et al., 2018), qui pourrait contribuer aux connaissances sur ce sujet, notamment au regard des possibilités publiques d'aide aux études. HORS-PISTE Orientation et les instruments de systématisation de l'expérience qui y sont transmis peuvent y contribuer, mais l'enjeu semble toucher un nombre important de jeunes et possiblement certains qui ne vivent pas d'anxiété en situation de choix de carrière.

L'apport de l'analyse de l'activité

La mise en lumière de la relation entre les inégalités socioéconomiques et l'anxiété en situation de choix de carrière n'était pas l'objectif principal initial de cette recherche. Cet objectif était de décrire l'activité du groupe et les processus d'apprentissage qui, à l'intérieur d'un groupe de counseling de carrière, suscitent un développement de la capacité à maîtriser ses émotions et à réaliser un choix de carrière (Dupuis, 2022). En d'autres mots, plutôt que de simplement évaluer l'efficacité de HORS-PISTE Orientation, l'objectif était d'ouvrir la « boîte noire » (Tougas & Tourigny, 2012) du

programme et d'identifier les processus qui s'y déroulent, ce qui a mené au choix de l'analyse de l'activité de transmission-acquisition selon les écrits de Vygotski.

Cet article démontre que l'utilisation de cette méthodologie – en plus de permettre l'analyse des processus se déroulant dans les groupes (Dupuis, sous presse) – peut faire émerger des thèmes qui n'étaient pas initialement considérés. Dans le cas présent, cela a facilité une meilleure compréhension de l'anxiété en situation de choix de carrière chez les jeunes en mettant de l'avant des éléments qui n'étaient pas nécessairement anticipés lors du développement du programme, mais qui émergent dans l'activité des groupes, particulièrement des discussions-réflexions que les ateliers suscitent, compte tenu des personnes qui s'y trouvent et de leur environnement. Les inégalités socioéconomiques ne sont pas un thème directement traité dans le programme de counseling de carrière, notamment parce qu'il ne s'agissait pas d'un facteur contribuant à l'anxiété en situation de choix de carrière identifié dans la littérature scientifique, malgré la reconnaissance de son influence sur le choix de carrière plus largement (Bourdon & Bélisle, 2015). Cependant, les résultats obtenus grâce à l'analyse de l'activité laissent penser que les inégalités socioéconomiques sont en relation avec l'anxiété en situation de choix de carrière chez les jeunes et mériteraient d'être abordés directement dans les prochaines mises en œuvre du programme HORS-PISTE Orientation.

Les trois méthodes d'analyse mobilisées dans un processus itératif ont contribué à cette analyse de l'activité de transmission-acquisition des groupes. L'analyse thématique (Paillé & Muchielli, 2021) a été utilisée pour mettre en évidence les processus ayant cours dans les groupes, mais également certains facteurs reconnus dans la littérature comme pouvant contribuer à l'anxiété en situation de choix de carrière chez les jeunes – notamment le milieu de vie. Par la suite, l'utilisation de la matrice à condensés (Spencer et al., 2014) a permis de suivre les processus d'apprentissage et de développement des groupes et des PP et leur évolution au fil des rencontres. L'analyse en mode écriture (Hillion, 2021) a ensuite été mobilisée pour reconstruire les processus déconstruits lors de l'étape précédente et mieux comprendre les distinctions entre les milieux socioéconomiques d'appartenance. En reprenant chaque atelier, pour chaque groupe, un par un, il a été possible de réaliser divers constats, notamment le fait que les discussions portant sur l'aspect socioéconomique du choix varient en nature et en fréquence selon les groupes. Une fois cet aspect mis de l'avant, un nœud spécifique a été créé dans l'arbre thématique, puis la matrice a également été utilisée pour rendre compte de la capacité des PP à progressivement mettre des mots sur leur situation et mieux comprendre la façon dont leur milieu socioéconomique a un impact sur leur choix de carrière et les émotions – notamment l'anxiété – qui y sont liées.

Ainsi, l'utilisation de ces trois méthodes dans un processus itératif a conduit à une analyse fine de l'activité des groupes et à l'exploration de la relation entre les inégalités socioéconomiques et l'anxiété en situation de choix de carrière chez les jeunes.

L'analyse de l'activité étant une méthodologie assez large, d'autres méthodes d'analyse auraient pu être mobilisées, mais celles présentées dans cet article semblent prometteuses, comme le montrent les résultats obtenus. Elle permet de comprendre les processus d'apprentissage et de développement se déroulant dans les groupes – et d'aller au-delà de l'efficacité perçue (Dupuis et al., 2021) –, mais également de mieux comprendre un phénomène dans toute sa complexité. De fait, l'analyse de l'activité – dans une perspective d'intervention développementale – étudie le phénomène en travaillant directement avec les personnes qui y sont confrontées dans leur vie (Sannino, 2011). L'activité de transmission-acquisition se déroulant dans les groupes est authentique, alors que les PP sont confrontées à l'anxiété en situation de choix de carrière et vivent dans un milieu socioéconomique donné. En analysant cette activité de manière fine, notamment par l'analyse en mode écriture, il est possible de voir à quel point l'anxiété en situation de choix de carrière est un phénomène complexe et de mieux comprendre les relations qui l'unissent à certains facteurs – ici le milieu socioéconomique.

L'analyse de l'activité donne également accès à la voix des jeunes de façon authentique, alors qu'ils et elles sont amenés à s'exprimer dans un espace de dialogue réciproque (Clark & Richards, 2017). Cet espace est créé dans leur quotidien afin de recueillir leur voix dans un contexte le plus authentique possible plutôt que de créer un espace artificiel pour leur « donner » une voix dans le cadre du projet de recherche (Woodgate et al., 2020). Les jeunes étant les experts et expertes de leur propre expérience (Mason & Danby, 2011), il semble crucial de les écouter et de considérer leurs propos au sujet de l'anxiété en situation de choix de carrière vécue, mais également l'influence que peut avoir leur milieu socioéconomique sur celle-ci.

Limites de la méthode et de la recherche menée

La recherche menée présente plusieurs forces – démontrées précédemment dans l'article –, mais certaines limites doivent également être considérées. De fait, les résultats présentés se basent sur cinq groupes, pour un total de 28 PP. Trois types de milieux socioéconomiques (défavorisé, moyen, favorisé) sont représentés, mais les données proviennent d'un nombre limité de PP par type de milieu, ce qui pourrait entraver le processus de saturation des données (Savoie-Zajc, 2006). Dans le même ordre d'idées, les filles (24) sont davantage représentées que les garçons (3) dans les groupes. Bien qu'une partie de cette limite puisse être expliquée par le fait que les filles rapportent vivre davantage d'anxiété que les garçons (ISQ, 2024; Therriault et al., 2022), incluant en situation de choix de carrière (Daniels et al., 2011), cela demeure une limite. Pour cet article plus spécifiquement, le nombre limité de caractères accordés implique une présentation très partielle de l'activité des groupes, ce qui peut nuire à sa compréhension.

D'un point de vue plus méthodologique, l'analyse de l'activité présente certaines difficultés. Par exemple, l'enregistrement complet des rencontres peut être dissuasif pour

certaines PI. Afin de répondre à cet enjeu, l'équipe de recherche a accepté que les PI qui ne souhaitaient pas enregistrer les rencontres fassent des journaux de bord audio pour décrire ce qui se passe dans le groupe lors de la rencontre, ce que la PI du G5 a choisi de faire. Cela donne un accès à l'activité du groupe, bien qu'il ne soit pas direct. Également, la mobilisation de trois méthodes différentes dans un processus itératif est caractérisée par une certaine complexité. Cela implique plusieurs allers-retours dans les nombreuses sources de données (plus de 100 documents entrés dans le logiciel NVivo). Un nouvel élément qui émergeait dans l'analyse en mode écriture pouvait parfois mener à la création d'un nouveau nœud dans l'arbre thématique, comme cela a été le cas pour le milieu socioéconomique d'appartenance. Ce faisant, les sources ayant été encodées précédemment devaient être considérées de nouveau afin de voir si certains extraits pouvaient être encodés dans le nœud nouvellement créé. L'analyse de l'activité telle qu'utilisée dans le cadre de cette recherche implique donc de consacrer un temps conséquent à l'analyse des données. Comme mentionné précédemment, il n'est pas nécessairement obligatoire de mobiliser ces trois méthodes pour faire de l'analyse de l'activité – tout dépendant du phénomène étudié. Cependant, l'utilisation des trois méthodes vise aussi à limiter le risque que certains éléments passent sous le radar et ne soient pas considérés dans l'analyse de l'activité, ce qui peut représenter un risque de ce type de méthodologie.

Également, l'ensemble du codage a été réalisé par une personne, bien que la chercheuse principale ait procédé à des vérifications. Ce faisant, il est possible que certains biais se soient glissés dans l'analyse, et ce, même si l'analyse en mode écriture a été réalisée en collaboration avec l'équipe de recherche. Alors qu'il aurait été possible, voire souhaitable, d'impliquer davantage d'auxiliaires dans le projet de recherche, l'analyse en mode écriture impose que le codage soit réalisé par une personne qualifiée. De fait, si le codage dans l'arbre thématique et l'utilisation de la matrice à condensés peuvent être accomplis par une personne ayant assez peu d'expérience en analyse qualitative, l'analyse en mode écriture exige une importante capacité de réflexion afin de faire émerger les thèmes qui n'étaient pas nécessairement présents dans l'arbre thématique. Ce faisant, la personne auxiliaire de recherche sélectionnée pour ce projet devait remplir trois critères afin de s'assurer de sa compétence à réaliser le travail d'analyse demandé : avoir des connaissances dans le domaine de la relation d'aide et de la santé mentale, avoir de l'expérience en recherche qualitative et avoir démontré une bonne capacité de réflexion lors d'expériences de recherche antérieures. Ces critères ont été déterminés par l'équipe de recherche, en considérant les caractéristiques du projet mené et des analyses envisagées. L'analyse de l'activité exige ainsi de posséder des compétences particulières compte tenu de sa complexité. Une seule personne auxiliaire a répondu à ces critères et a donc dû réaliser la grande majorité des analyses, ce qui représente un travail important.

Conclusion

L'objectif de cet article était de montrer la façon dont l'analyse de l'activité permet de mettre en lumière la relation entre les inégalités socioéconomiques et l'anxiété en situation de choix de carrière chez les jeunes. Les résultats semblent indiquer qu'il existe bel et bien une relation entre ces deux éléments et montrent l'apport de l'analyse de l'activité pour déceler ce type de relation lors de l'étude d'un phénomène complexe. Cela amène à croire qu'une utilisation plus large de cette méthodologie pourrait contribuer à mieux comprendre d'autres phénomènes relatifs à la santé mentale et/ou aux inégalités. Alors que l'utilisation d'une méthodologie quantitative peut aider à brosser un portrait global d'un phénomène, une méthodologie qualitative permet de poser un regard plus approfondi sur un phénomène afin de le comprendre dans toute sa complexité (Savoie-Zajc, 2006). D'autres recherches devront néanmoins être menées afin de poursuivre la compréhension de l'anxiété en situation de choix de carrière chez les jeunes, ainsi que sa relation avec les diverses inégalités sociales auxquelles ils et elles sont confrontés. D'autres thèmes pourront être explorés (p. ex., la culture d'origine, l'orientation sexuelle, l'identité de genre) dans des recherches futures pour poursuivre la compréhension du phénomène de l'anxiété en situation de choix de carrière chez les jeunes.

Notes

¹ Le choix de carrière est entendu ici au sens d'un premier choix d'orientation réalisé à la fin des études secondaires.

² « *intellect and affect are theorized and analyzed as complementary expressions of the same unit* » (Roth, 2007, p. 57).

Références

- Ahmed, W. (2018). Developmental trajectories of math anxiety during adolescence: Associations with STEM career choice. *Journal of Adolescence*, 67(1), 158-166. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.06.010>
- Boerchi, D. (2020). Measuring difficulties in choosing an upper secondary school: Validating of the parental expectations, confusion, anxiety and suitability scale (PeCAS Scale). *Europe's Journal of Psychology*, 16(4), 588-601. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i4.1812>

- Bourdon, S., & Bélisle, R. (2015). *Les précarités dans le passage à l'âge adulte*. Presses de l'Université Laval.
- Circir, O., Gönültaş, O., Unzun, K., & Tagay, Ö. (2023). The predictive role of hope, self-efficacy and self-esteem on adolescents' career anxiety. *C. U. Faculty of Education Journal*, 52(2), 644-666. <https://doi.org/10.14812/cuefd.1291825>
- Clark, J., & Richards, S. (2017). The cherished conceits of research with children: Does seeking the agentic voice of the child through participatory methods deliver what it promises? Dans I. E. Castro, M. Swauger, & B. Harger (Éds), *Researching children and youth: Methodological issues, strategies, and innovations* (pp. 127-147). Emerald Publishing.
- Cournoyer, L., Lachance, L., & Samson, A. (2016). L'action décisionnelle de carrière : processus en deux dimensions, quatre tensions. Dans J. Masdonati, M. Bangali, & L. Cournoyer (Éds), *Éducation et vie au travail : perspectives contemporaines sur les parcours et l'orientation des jeunes* (pp. 119-145). Presses de l'Université Laval.
- Daniels, L. M., Stewart, T. L., Stupnisky, R. H., Perry, R. P., & LoVerso, T. (2011). Relieving career anxiety and indecision: The role of undergraduate students' perceived control and faculty affiliations. *Social Psychology of Education: An International Journal*, 14(3), 409-426. <https://doi.org/10.1007/s11218-010-9151-x>
- Dionne, P., Saussez, F., & Bourdon, S. (2017). Reconversion et développement du pouvoir d'agir par l'apprentissage de systèmes d'action en groupe de réinsertion sociale et professionnelle. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 46(3). <https://doi.org/10.4000/osp.5475>
- Dionne, P., Saussez, F., & Simard, A. (2022). *S'Orienter : l'orientation en groupe comme espace de développement de la capacité à réaliser des choix éducatifs et professionnels*. *Recherches en éducation*, 47. <https://doi.org/10.4000/ree.10664>
- Dionne, P., Viviers, S., Picard, F., & Supeno, E. (2018). Orientation pour tous au secondaire public : mythe ou réalité au Québec. *Revue de l'éducation de la Faculté d'éducation de l'Université d'Ottawa*, 5(3), 2-7.
- Dupuis, A. (2022). *Les processus favorisant le développement de la maîtrise de l'anxiété dans une situation de choix de carrière au sein d'un groupe de counseling lors de l'adolescence* [Thèse de doctorat inédite]. Université de Sherbrooke, Québec, Canada.
- Dupuis, A. (sous presse). Le counseling de carrière groupal pour la prévention de l'anxiété en situation de choix de carrière : l'importance d'analyser les processus d'apprentissage et de développement. *Revue des sciences de l'éducation*, 50(1).
- Dupuis, A., Dionne, P., & Saussez, F. (2021). L'intervention groupale pour la prévention de l'anxiété en milieu scolaire : une analyse critique des écrits. *Revue canadienne du développement de carrière*, 20(2), 40-58.

- Dupuis, A., & Saussez, F. (2022). Le groupe de counseling de carrière pour la prévention de l'anxiété en situation de choix de carrière : un soutien aux parcours d'apprentissage des élèves? *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 24(1), 66-86. <https://doi.org/10.7202/1095695ar>
- Fournier, V., & Pauzé, R. (2017). *Définition, facteurs de risque associés et conséquences possibles de l'anxiété généralisée (TAG) chez les adolescents*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, Université Laval.
- Germeijs, V., Verschueren, K., & Soenens, B. (2006). Indecisiveness and high school students' career decision-making process: Longitudinal associations and the mediational role of anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 397-410.
- Guichard, J. (2012). L'organisation de l'école et la structuration des intentions d'avenir des jeunes. Dans F. Picard, & J. Masdonati (Éds), *Les parcours d'orientation des jeunes : dynamiques institutionnelles et identitaires* (pp. 15-50). Presses de l'Université Laval.
- Hatfield, M., Ciccarelli, M., Falkmer, T., & Falkmer, M. (2018). Factors related to successful transition planning for adolescents on the Autism Spectrum. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 18(1), 3-14. <https://doi.org/10.1111/1471-3802.12388>
- Hillion, J. (2021). L'analyse en mode écriture : l'écriture comme révélateur de l'analyse. Dans M.-H. Forget, & A. Malo (Éds), *(Se) former à et par l'écriture du qualitatif* (pp. 269-290). Presses de l'Université Laval.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2024). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2022-2023. Résultats de la troisième édition*. Gouvernement du Québec.
- Kamanzi, P. C., & Pilote, A. (2016). Parcours scolaires et reproduction sociale au Québec. Dans J. Masdonati, M. Bangali, & L. Cournoyer (Éds), *Éducation et vie au travail : perspectives contemporaines sur les parcours et l'orientation des jeunes* (pp. 9-45). Presses de l'Université Laval.
- Lähdepuro, A., Savolainen, K., Lahti-Pulkkinen, M., Eriksson, J. G., Lahti, J., Tuovinen, S., Kajantie, E., Pesonen, A.-K., Heinonen, K., & Räikkönen, K. (2019). The impact of early life stress on anxiety symptoms in late adulthood. *Scientific Reports*, 9. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-40698-0>
- Lee, S., Kobayashi, R., Oda, M., Noritake, Y., & Nakashima, K. (2022). Does shift-and-persist strategy buffer career choice anxiety and affect career exploration? *BMC Research Notes*, 15. <https://doi.org/10.1186/s13104-022-06206-w>

- Lent, R. W., Wang, R. J., Morris, T. R., Ireland, G. W., & Penn, L. T. (2019). Viewing the career indecision profile within a theoretical context: Application of the social cognitive career self-management model. *Journal of Counseling Psychology*, 66(6), 690-700.
- Levy, H.-E., Fares, I., & Rubinsten, O. (2021). Math anxiety affects females' vocational interests. *Journal of Experimental Child Psychology*, 210. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2021.105214>
- Martiani, H.-T., Purwanto, E., & Mugiarto, H. (2023). The influence of parental career-related behavior on career anxiety and career decision making. *Jurnal Bimbingan Konseling*, 12(1), 67-74.
- Mason, J., & Danby, S. (2011). Children as experts in their lives: Child inclusive research. *Child Inclusive Research*, 4, 185-189. <https://doi.org/10.1007/s12187-011-9108-4>
- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MÉES). (2024a). *Indices de défavorisation*. Gouvernement du Québec. <https://www.education.gouv.qc.ca/references/indicateurs-et-statistiques/indices-de-defavorisation>
- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MÉES). (2024b). *Programme de formation de l'école québécoise, enseignement secondaire. Éducation financière*. Gouvernement du Québec. https://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/education/jeunes/pfeq/PFEQ_education-financiere_2018.PDF
- Megreaya, A. M., & Al-Emadi, A. A. (2023). The impacts of math anxiety, science anxiety, and gender on arts versus sciences choices in Qatari secondary schools. *PeerJ*, 11. <https://doi.org/10.7717/peerj.14510>
- Nalbantoglu Yilmaz, F., & Cetin Gunduz, H. (2018). Career indecision and career anxiety in high school students: An investigation through structural equation modelling. *Eurasian Journal of Education Research*, 78, 23-42. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1198777.pdf>
- Onyishi, C. N. (2023). Linking career anxiety with suicide tendencies among University Undergraduates. *The Open Public Health Journal*, 16. <https://doi.org/10.2174/18749445-v16-230301-2022-HT21-4315-3>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e éd.). Armand Colin.
- Piché, G., Cournoyer, M., Bergeron, L., Clément, M.-È., & Smolla, N. (2017). Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 19-42. <https://doi.org/10.7202/1040242ar>

- Roth, W.-M. (2007). Emotion at work: A contribution to third-generation cultural-historical activity theory. *Mind, Culture, and Activity*, 14(1-2), 40-63. <https://doi.org/10.1080/10749030701307705>
- Sannino, A. (2011). Activity theory as an activist and interventionist theory. *Theory & Psychology*, 21(5), 571-597. <https://doi.org/10.1177/0959354311417485>
- Saussez, F. (2017). Les visées développementales de la co-analyse de l'activité : une lecture critique à l'aide de la notion de zone de développement le plus proche. *Travail et apprentissage*, 1(17), 70-88.
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives, Hors-série « Les Actes »*, (5), 99-111.
- Spencer, L., Ritchie, J., O'Connor, W., Morrell, G., & Ormston, R. (2014). Analysis in practice. Dans J. Ritchie, J. Lewis, C. McNaughton Nicholls, & R. Ormston (Éds), *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers* (2^e éd., pp. 295-345). Sage Publications.
- Thériault, M. A., & Marchand, I. (2023). Perspectives entourant la transition des apprenantes et apprenants de la formation générale des adultes vers le cégep. *La revue canadienne pour l'étude de l'éducation des adultes*, 35(1), 79-104. <https://doi.org/10.56105/cjsae.v35i01.5724>
- Therriault, D., Houle, A., Lane, J., Smith, J., Gosselin, P., Roberge, P., & Dupuis, A. (2022). Portrait des symptômes d'anxiété généralisée chez les élèves du secondaire : l'importance de la prévention, du dépistage et de l'intervention. *Santé mentale au Québec*, 47, 263-287. <https://doi.org/10.7202/1094154ar>
- Tougas, A.-M., & Tourigny, M. (2012). L'étude des mécanismes de changement, une avenue de recherche prometteuse pour optimiser les programmes de traitement destinés aux jeunes en difficulté : enjeux conceptuels et méthodologiques. *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 27(2), 61-86.
- Turgeon, L., & Gosselin, M.-J. (2015). Les programmes préventifs en milieu scolaire auprès des enfants et des adolescents présentant de l'anxiété. *Éducation et francophonie*, 43(2), 30-49. <https://doi.org/10.7202/1034484ar>
- Ulrich, A., Helker, K., & Losekamm, K. (2021). "What can I be when I grow up?"—The influence of own and others' career expectations on adolescents' perception of stress in their career orientation phase. *Sustainability*, 13(2). <https://doi.org/10.3390/su13020912>
- Vygotski, L. S. (1994). The problem of the environment. Dans R. Van der Veer, & J. Valsiner (Éds), *The Vygotsky reader* (pp. 338-354). Blackwell. (Ouvrage original publié en 1935).

- Vygotski, L. S. (2012). Apprentissage et développement à l'âge préscolaire. Dans F. Yvon, & Y. Zinchenko (Éds), *Vygotsky, une théorie du développement et de l'éducation* (trad. F. Sève, pp. 205-222). Université d'État de Moscou Lomonossov. (Ouvrage original publié en 1934).
- Vygotski, L. S. (2019). *Pensée et langage* (trad. F. Sève). La Dispute. (Ouvrage original publié en 1934).
- Woodgate, R. L., Tennent, P., & Barriage, S. (2020). Creating space for youth voice: Implications of youth disclosure experiences for youth-centered research. *International Journal of Qualitative Methods*, 19. <https://doi.org/10.1177/1609406920958974>

Audrey Dupuis est professeure à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Moncton, après avoir obtenu son doctorat en éducation à l'Université de Sherbrooke. Ses champs d'intérêt de recherche portent principalement sur le choix de carrière, les transitions scolaires et professionnelles, la santé mentale des jeunes, le counseling de carrière groupal et l'évaluation de programmes.

Zachary Rancourt-Tremblay est doctorant en psychologie, au cheminement en psychologie clinique de l'enfant, de l'adolescent et des parents, à l'Université de Sherbrooke. Ses sujets de recherche s'orientent sur la santé mentale des jeunes, les transitions scolaires et professionnelles, l'intervention par la nature et l'aventure, et l'engagement dans le processus thérapeutique.

Patricia Dionne est professeure agrégée au Département d'orientation professionnelle de l'Université de Sherbrooke. Ses recherches portent principalement sur l'intervention en groupe auprès d'adultes et de jeunes en situation de vulnérabilité ou de transition, selon une perspective de justice sociale.

Diane LeBreton est professeure en orientation à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Moncton. Elle a œuvré en tant qu'agente de recherche à l'Université de Moncton avant l'obtention de son doctorat en éducation de cette même université. Ses champs d'intérêt de recherche sont principalement les suivants : le développement de carrière, les programmes d'intervention groupale, l'indécision vocationnelle, l'insertion socioprofessionnelle auprès de jeunes et de femmes.

Julie Lane est professeure à la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke. Elle est également directrice du Centre RBC d'expertise universitaire en santé mentale et codirectrice de l'Observatoire sur la santé mentale étudiante en enseignement supérieur. Ses recherches portent sur les conditions qui influencent la mise en œuvre, la pérennisation et la mise à l'échelle des programmes visant la santé mentale des jeunes et jeunes adultes.

Pour joindre les personnes autrices :
audrey.dupuis@umoncton.ca
zachary.rancourt.tremblay@usherbrooke.ca
patricia.dionne@usherbrooke.ca
diane.lebreton@umoncton.ca
julie.lane@usherbrooke.ca

Réflexions autour d'une posture compatissante en conduite d'entretiens

Diane Guay, Ph. D.

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Barbara Martel, Ph. D.

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Marie-France Coutu, Ph. D.

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Chantal Caux, Ph. D.

Université de Montréal, Québec, Canada

Marie-Josée Levert, Ph. D.

Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Marc Dumas, Ph. D.

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Note des personnes autrices : Ce projet a bénéficié d'une subvention de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST) dans le cadre du Programme de subvention par projet – Concours 2021-2022. Ce projet de recherche a reçu l'approbation du CÉR-CHUS. De sincères remerciements sont transmis aux personnes ayant généreusement participé à cette étude en toute confiance, aux membres de l'équipe de recherche pour leur engagement ainsi qu'aux personnes ayant facilité la réalisation de ce projet.

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 44(1), pp. 38-59.

INÉGALITÉS SOCIALES ET SANTÉ MENTALE : APPORTS, DÉFIS ET CONTRAINTES DE LA RECHERCHE QUALITATIVE

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

© 2025 Association pour la recherche qualitative

Résumé

Ce texte nourrit l'ambition de susciter la réflexion du lectorat au regard de la conduite d'un entretien qualitatif avec des infirmières dont l'intégrité psychologique et professionnelle fut atteinte en raison d'un épisode de violence en milieu de travail ayant entraîné un arrêt de travail. Le dispositif méthodologique, le souci éthique ainsi que la posture épistémologique de la personne chercheuse ou chargée d'entretiens dans le contexte particulier de cette recherche ont fait émerger une réflexion approfondie sur le sens et la conduite de l'entretien. La motivation compassionnelle exigée pour poursuivre de tels entretiens a fait naître une nouvelle proposition conceptuelle autour de l'invitation. Une posture de la personne chercheuse invitée, crédible et transparente afin de faire alliance avec la participante. L'invitation comme posture compatissante favorisera la participation à une co-naissance du récit vécu et délivré dans un consentement validé ainsi que dans un accueil vigilant et continu. Le partage d'un « fonds commun d'humanité » entraîne alors une possible croissance réciproque, soit la conversion du regard de la personne chercheuse et un soutien empreint de considération pour l'unicité de la participante.

Mots clés

ENTRETIEN QUALITATIF, POSTURE COMPATISSANTE, ENQUÊTE APPRÉCIATIVE

Reflections on a compassionate approach in conducting interviews**Abstract**

This article aims to stimulate reflection among readers regarding the conduct of qualitative interviews with nurses whose psychological and professional integrity was compromised due to a workplace violence incident that led to time off work. The methodological framework, ethical considerations, and epistemological stance of the researcher or interviewer in this specific research context prompted a deep reflection on the meaning and practice of the interview process. The compassionate motivation required to carry out such interviews gave rise to a new conceptual proposition centered on the notion of invitation. This involves adopting a posture of the researcher as an invited, credible, and transparent presence, fostering an alliance with the participant. The invitation, as a compassionate stance, encourages participation in a co-creation of the lived and narrated experience, delivered through validated consent and sustained, vigilant receptivity. Sharing a “common ground of humanity” thus opens the possibility for mutual growth—transforming the researcher's perspective and offering support marked by genuine consideration for the participant's uniqueness.

Keywords

QUALITATIVE INTERVIEW, COMPASSIONATE ATTITUDE, APPRECIATIVE INQUIRY

Introduction

La conduite d'une entrevue interrogeant en profondeur l'expérience et la réflexivité d'une participante dépasse la simple cueillette de données (Edwards & Holland, 2020). Depuis la coconstruction du récit livré dans l'intersubjectivité de la rencontre jusqu'à sa mise en sens passant par la reconnaissance des vulnérabilités de la personne chercheuse ou chargée d'entretiens et de la personne participante, l'entrevue pose des défis à la

scientificité de la démarche, des contraintes au dispositif de recherche, mais des apports indéniables quant à notre compréhension du monde.

Plus particulièrement, le point de vue du personnel infirmier dont l'intégrité personnelle et professionnelle fut atteinte en situation de violence au travail (Sastrawan et al., 2019) a révélé des enjeux méthodologiques, éthiques et épistémologiques aussi enrichissants qu'inédits. Ainsi, les choix méthodologiques confrontés au réel des participantes présentant une symptomatologie traumatique (St-Denis & Richard, 2021) ainsi que l'éthique entourant la nécessité d'obtenir des données ont jalonné la démarche. Surtout, la rencontre de l'autre, souffrant, en quête d'intégrité et dont l'identité professionnelle s'est transformée, a mis en lumière l'importance épistémologique d'une posture particulière. Une posture nécessitant compassion, réflexivité, sensibilité devant les risques d'assujettissement (Boutanquoi, 2023) ainsi que devant le dévoilement et le consentement.

Examinant tour à tour ces enjeux méthodologiques, éthiques et épistémologiques, cet article partage des constats et des découvertes, mais surtout la réflexion suscitée pour une posture de chargé d'entretiens des plus ajustées. Il se conclut avec la proposition de la personne chercheuse comme une personne invitée, crédible et transparente empruntant la compassion comme centralité et responsabilité dans sa conduite d'entretiens¹. Ce qui n'est pas sans rappeler la centralité de la compassion dans la dimension morale des personnes infirmières et participantes à la démarche de recherche.

Présentation de la démarche de recherche et les enjeux méthodologiques de la conduite d'entretiens

Dès l'élaboration, le cadre de cette recherche a fait l'objet d'une réflexion en équipe pour prendre en considération, en amont, les conditions particulières que pouvait présenter le recrutement des participantes. L'équipe de recherche était informée d'un vécu possible d'inégalités sociales et professionnelles importantes et découlant de la violence auxquelles les participantes à l'étude avaient été exposées (fardeau financier et invalidité au travail, trajectoire professionnelle déviée, détérioration de la qualité de vie personnelle, familiale et sociale, incapacité physique et/ou psychologique affectant même le quotidien, trajectoire professionnelle déviée; Lanctôt & Guay, 2014). Or le souci premier portait surtout sur le soin de ne reproduire aucune forme d'inégalité perçue (p. ex., posture d'expert, effet d'imposition ou d'instrumentalisation) au sein des entretiens. Dans cette optique, il fut convenu qu'une professionnelle de recherche, formée en relation d'aide, serait chargée des entretiens et mènerait les entrevues tout en étant accompagnée par une professeure-chercheuse d'expérience dans l'approche qualitative et narrative. Ces deux membres consulteraient régulièrement l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire (sciences infirmières, psychologie et théologie) composée de cinq professeurs-chercheurs et deux professionnelles de recherche afin d'ajuster la démarche selon les écueils et les développements rencontrés. Si un filet de sécurité avait

été prévu pour les participantes qui pouvaient bénéficier d'un soutien psychothérapeutique externe, la chargée d'entretiens était également accompagnée par un membre de l'équipe. En effet, une sensibilité était de mise puisque les entretiens portaient sur l'expérience des personnes infirmières ayant connu un épisode de violence en milieu de travail.

Plus largement, cette violence correspond à la définition du Bureau international du Travail² et englobe le harcèlement psychologique, sexuel ainsi que la violence physique (Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail [IRSST], n. d.). Dans le cas de cette étude, des candidates dont les lésions physiques et/ou psychologiques étaient médicalement reconnues ont été retenues. Le consentement éthique requis était d'ailleurs validé avec chaque participante à deux reprises au cours du processus, soit lors des deux entrevues semi-dirigées. La première entrevue s'intéressait au vécu de la violence, mais également aux facteurs soulignant la satisfaction du travail, mettant ainsi en lumière les forces de la participante. La seconde portait sur les conditions idéales d'un retour au travail, projetées ou au sein d'une réflexion rétrospective. Ensemble, ces entrevues cherchaient à identifier des conditions de résilience ou peut-être de croissance encourageant un retour au travail sain et durable. Il faut également préciser que cette étude s'intéressait aux épisodes de violence ayant conduit à un arrêt prolongé en raison des lésions physiques ou psychologiques engendrées (Timmins et al., 2023). Le modèle conceptuel sur lequel s'appuyait la démarche visait à identifier les sources de menaces à l'intégrité du personnel infirmier en milieu de travail (Sastrawan et al., 2019). Les récits d'expérience du personnel infirmier en invalidité articulés à une projection de leur retour au travail selon la méthode de l'*enquête appréciative* (Cooperrider, 2017) permettaient d'ouvrir ou de valider des pistes de solutions pour un retour au travail sain et durable, pouvant même contribuer à la restauration de leur intégrité. L'enquête appréciative s'élabore à partir des forces, des opportunités, des possibles et des succès pour soutenir un changement positif et viser un fonctionnement optimal des individus. À partir des étapes de la découverte, du rêve, du design et de la destinée, il s'agit de porter un regard appréciatif sur le passé, le présent et ce qui est souhaité, voire souhaitable (Armstrong et al., 2020).

L'enquête appréciative et l'accueil du vécu

Les entretiens suggéraient la présence d'une symptomatologie psychotraumatique dans l'ensemble des profils des participantes (et énoncée par les participantes elles-mêmes). L'entretien devenait ainsi perçu comme un espace sécuritaire pour leur permettre à la fois une mise à distance de l'évènement traumatisant forgeant le récit, mais également une lecture possiblement positive de leur vécu. Conduire un entretien dans de telles conditions requiert des interrogations épistémologiques sur la production de données et du discours. L'équipe a ainsi examiné à nouveaux frais le cadre méthodologique ainsi que la posture attendue d'une personne chercheuse chargée des entretiens, c'est-à-dire

une posture neutre avec le souci d'une distance saine avec les participantes. En rétrospective, les entretiens centrés sur l'enquête appréciative ont été vécus davantage comme un espace d'accueil plutôt que la livraison d'un récit de difficultés (Armstrong et al., 2020). Le temps qui a dû être accordé entre les deux entrevues prévues s'étendait sur quelques mois à la demande de sept des huit participantes ayant complété les deux entrevues. Ce temps fut requis, quel que soit le profil sociodémographique des participantes qui provenaient de divers milieux de soins (centre d'hébergement, CLSC, milieu hospitalier), ayant divers niveaux de formation (infirmière clinicienne, auxiliaire), de diverses régions du Québec ainsi que de catégories d'âges (entre 25 et 60 ans). La souplesse de l'enquête appréciative (Ridley-Duff & Duncan, 2015) autorisait alors une reconnaissance de leur blessure ainsi qu'un cheminement de réconciliation pour certaines, et un cheminement à la fois cognitif et émotionnel pour se retrouver et contribuer à la restauration de leur intégrité identitaire pour d'autres (Lutgen-Sandvik, 2008).

Les découvertes : l'espace et le rythme d'une lecture rétrospective, la violence d'un arrêt de travail difficile à déposer

Dans le cadre des entretiens, le regard positif vers l'avenir encouragé par cette méthodologie s'est transformé à la suite de la lecture rétrospective d'un épisode traumatisant au travail dont la souffrance provenait essentiellement de l'*arrêt de travail*. Les besoins lors du retour au travail ont été nommés en fonction non seulement de ce qui aurait été souhaitable, mais de ce qui a été étonnamment réparateur dans leur situation avec un caractère inattendu (p. ex., la bienveillance d'une équipe dans un nouveau milieu de travail). L'enquête appréciative devait alors s'adapter à une lecture rétrospective tout en mettant en lumière l'arrêt du travail comme atteinte profonde à l'intégrité de l'identité infirmière plutôt que l'épisode de violence attendu. La phase de découverte prévue dans le cycle de l'enquête appréciative devenait aussi celle de l'équipe en s'ouvrant sur une traversée effectuée plutôt qu'un chemin à parcourir pour retourner au travail. L'hypothèse soutenue ici est celle d'un recul important et nécessaire sur divers plans, notamment cognitif et émotionnel, afin de faire sens et d'accepter de témoigner de leur traversée. D'ailleurs, la quasi-totalité des participantes ayant complété la démarche de recherche était de retour au travail depuis plusieurs années.

Ainsi, l'équipe a rapidement réalisé lors des phases de recrutement et des entretiens d'admissibilité que la posture de la professionnelle de recherche chargée des entretiens aurait un impact dépassant largement la cueillette de données. La posture participerait à cette traversée des participantes, parfois encore endeuillées malgré les années, qui se poursuivait dans la trajectoire professionnelle déviée et non souhaitée. Toutes mentionnaient leur besoin de se raconter mais à leur rythme.

Si cette vigilance pour cet autre fragilisé s'avère nécessaire pour respecter l'espace où la parole, jusque-là inédite, se déploie, il en va de même pour l'espace-temps de

l'accueil. Une forme d'instrumentalisation des entretiens présentait un danger à travers les contraintes de temps, les normes institutionnelles, les règles budgétaires ou de financement. Le temps long des récits d'expérience qui s'épluchent, l'évitement protecteur des participantes, ayant besoin de davantage de temps, les rendez-vous annulés et systématiquement reportés s'arriment mal avec le temps institutionnel. Par exemple, la moitié des participantes reportaient durant en moyenne cinq mois leur seconde participation aux entretiens. Il n'en demeure pas moins que ce besoin de temps s'avérait incompatible avec l'échéancier établi malgré la vigilance dont l'équipe avait fait preuve en amont. La dimension morale de la quête du bien de l'autre en regard et, parfois, en opposition aux contraintes exercées, a été source de remise en question de l'attitude à adopter, mais également du cadre méthodologique et du rythme de la démarche de recherche. Devant des objectifs méthodologiques et le souci éthique du bien-être des participantes, l'efficacité technique de production de résultats devenait secondaire. En fait, le temps d'intégration du traumatisme dans le récit d'expérience, s'exprimant à travers des reports et des délais, a encouragé l'accès à la profondeur ainsi qu'à la complexité de l'expérience livrée.

D'ailleurs, la plupart des participantes relataient des événements qui avaient eu lieu cinq ans voire dix ans auparavant. L'étonnement de se voir encore si meurtries leur était commun, tel un destin partagé. En conséquence, l'équipe de recherche a procédé à l'élargissement des critères de recrutement qui, au départ, visaient la rencontre de personnes récemment en arrêt de travail et envisageant un retour sous peu. À ce jour, sur environ vingt participantes rencontrées lors de l'entrevue d'admission, moins de la moitié ont poursuivi jusqu'au second entretien. Toutes demandaient davantage de temps, reportaient les rencontres de plusieurs semaines puis de plusieurs mois. La psychanalyste Isabelle Le Bourgeois précise cette difficulté :

Marcher en sécurité avec sa propre histoire pour croire que l'irréparable a eu lieu demande tellement de temps et d'allers-retours entre doute, rejet et conviction. Nous touchons là à ce qu'il y a de plus difficile pour toute victime : l'incertitude de la violence subie... (2024, p. 146).

Dans un tel contexte et dans sa posture, la personne chercheuse recueille des données factuelles ou objectives certes, mais elle peut désormais être appelée à accueillir, en toute vulnérabilité, une vérité, aussi inédite qu'inouïe. La réflexion autour d'une posture de compassion qui partage au fond cette valeur fondamentale enracinée dans l'identité infirmière (Van der Cingel & Brouwer, 2021) devint alors première pour l'équipe. Le souci éthique de créer un espace de sécurité et de confier les entretiens à une professionnelle de recherche formée en relation d'aide et victimologie, afin d'éviter une retraumatisation ou de nuire à leur processus de guérison, était bien sûr légitime. Toutefois, l'accueil sécuritaire et respectueux du rythme des participantes s'inscrivait aussi dans leur traversée inachevée, dans la transformation identitaire réactualisée grâce

aux entretiens de leur récit de souffrance plutôt que de violence. Dans cette perspective épistémologique de l'entretien comme posture compatissante afin de contribuer à leur traversée toujours en cours, la réflexion sur une posture plus ajustée de la chargée d'entretiens s'est approfondie. L'équipe se trouvait à la jonction de l'identité professionnelle et de l'identité personnelle, mises face à face en quelque sorte lors de la relecture de leur devenir infirmier, c'est-à-dire depuis leur motivation première à faire ce choix professionnel jusqu'à leur retour au travail à la suite de l'arrêt qui a profondément remis en question leur image professionnelle (Van der Cingel & Brouwer, 2021).

Devant ce constat, il était souhaité que l'entretien puisse clairement bénéficier à la personne qui y déposait son expérience sans toutefois prétendre une visée émancipatrice, voire thérapeutique. Le souci d'éviter la reproduction de biais disciplinaires incluait l'effet dissymétrique dans l'interaction entre la personne chercheuse et la personne interviewée (Haas & Masson, 2006). Outre le souci de ne pas revictimiser, voire retraumatiser la personne en recueillant son expérience de violence, il s'agissait aussi, même inconsciemment, de ne pas favoriser un positionnement rappelant un rapport inégalitaire d'autorité et éthiquement répréhensible. Une posture qui semble aller de soi, mais qui exige une suspension du jugement, une conversion du regard et l'humilité de se laisser surprendre par la vastitude de ce que l'on ignore plutôt que de rechercher la validation de l'orientation théorique, voire des connaissances qui enrobent l'expertise de la personne chercheuse. Comme il en sera question plus loin, la connaissance partielle des « us et coutumes » de la pratique infirmière lors de la conduite de l'entretien a été bénéfique pour l'ajustement continu de la posture de la professionnelle de recherche chargée des entretiens. Le souci de vigilance allié à la volonté de recherche qui anime cette dernière a rapidement exigé une réflexivité constante sur sa posture, les motivations qui l'habitent et la nature de son implication.

Le souci éthique des effets d'imposition et de dévoilement en entretien : entre invitation et consentement

L'expérience des entretiens vécus au sein du projet de recherche a amené l'équipe à se positionner différemment au regard du rapport d'inégalité en contexte de recherche (Boutanquoi, 2023). Ainsi, dans le cadre d'entretiens avec des personnes infirmières dont l'intégrité sur les plans identitaire, psychologique et professionnel fut altérée de façon importante, celles-ci présentaient des enjeux témoignés de santé mentale et de précarité. La préoccupation éthique de ces enjeux a profondément remis en question la posture relationnelle de la professionnelle de recherche dans le cadre des entretiens. Il s'agissait moins de rechercher un rapport plus égalitaire par une expertise en relation d'aide, c'est-à-dire notre attitude et notre comportement, que de participer à une posture réflexive et dynamique continue s'enracinant dans la compassion et le consentement pour souligner l'unicité de sa personne (Cara & O'Reilly, 2008). Une compassion

entendue comme l'acceptation de l'autre dans sa pleine humanité, dans son intégrité unique, riche et blessée qui s'exprime dans un souci « d'être avec » l'autre tout en demeurant profondément en contact avec sa propre vulnérabilité (Tierney, 2018). Certains auteurs abondent en ce sens en soulignant que la recherche axée sur les forces peut promouvoir positivement la croissance et la santé tout en augmentant l'autonomie des personnes au profil vulnérable (Mollard et al., 2020). L'intersubjectivité requise et déployée dans la conduite des entretiens est ainsi apparue comme une forme d'impératif éthique et de responsabilité, qui s'inspire de la pratique infirmière dont la compassion est centrale dans la conception de l'intégrité (Gastmans et al., 1998; Halverson et al., 2024; Van der Cingel & Brouwer, 2021).

L'effet d'imposition, la crédibilité de la personne chercheuse et son positionnement extérieur

Le débat entourant le statut traditionnellement dichotomique intérieur (*insider*) ou extérieur (*outsider*) de la personne chercheuse par rapport au champ culturel de la participante a également fait l'objet de réflexions au sein de l'équipe. Porisky et Glas (2023) proposent l'alternative du « chercheur crédible » décrivant la recherche comme un processus dynamique et continu fondé sur l'humilité et la réflexivité. Cette crédibilité doit être construite sur la base de la confiance et de la transparence. Ayant ainsi le privilège d'accéder à la réalité discursive de la participante, la personne chercheuse se laisse imprégner par l'expérience relue, mais demeure extérieure au système de référence de la participante. L'imprégnation et la réflexivité de la personne chercheuse deviennent des conditions nécessaires pour l'émergence du récit grâce à ces allers-retours. De l'entrée subjective dans le récit de la participante à la rentrée subjective en son propre récit de personne chercheuse, une dynamique réciproque du don et de la réception favorise une co-naissance :

La compréhension de l'autre nécessite que l'on procède en permanence à des allers-retours des connaissances objectives et subjectives que l'on se construit sur l'Autre, avec l'Autre [...] Seuls ces retours peuvent permettre de cheminer en boucle et de donner sens à ce qui se "co-naît", à ce qui se coconstruit. La compréhension de l'Autre nécessite aussi que l'on interroge en permanence ses propres cadres de références, cadres théoriques, épistémologiques et éthiques, qui à la fois figent le réel perçu, se figent, mais aussi transforment ce réel et se transforment (Beauvais, 2007, p. 53).

Dans le contexte particulier de l'étude, le choix d'une professionnelle de recherche extérieure, par sa discipline, à l'univers infirmier pour réaliser les entretiens fut, en définitive, bénéfique. Soucieuse d'éviter le biais de l'« imposition », la chargée d'entretiens cherchait d'abord à contribuer à l'effort de mise en sens de la participante qui se livre avec transparence et vérité. Le sociologue Pierre Bourdieu avait d'ailleurs bien formulé cet effet d'imposition à travers un cadre de recherche porteur du risque

inhérent d'orienter la cueillette, l'analyse jusqu'à l'interprétation des données (Bourdieu, 1993). Dans cette optique, des récits de validation ont été rédigés et retournés aux participantes afin d'assurer la justesse et la véracité du lien établi entre les données recueillies et l'interprétation réalisée par l'équipe de recherche. En outre, la chargée d'entretiens validait le consentement des participantes, pendant les entretiens, en présentant et annonçant les questions, en reformulant les propos pour viser un respect ainsi que la véracité du récit d'expérience.

De toute évidence, bien connaître le milieu ou la discipline comporte certains avantages en termes d'une compréhension plus fine des enjeux professionnels. En revanche, une professionnelle de recherche externe au milieu de pratique et à la discipline, mais au fait de l'expérience de violence sur les plans professionnel, expérientiel et théorique, a en rétrospective permis aux participantes de réfléchir à leurs valeurs libérées de tout jugement appréciatif ou professionnellement teinté, et ce, sans une forme de connivence attendue. En effet, la chargée des entretiens s'est présentée aux participantes comme une professionnelle de recherche ne provenant ni de la discipline des sciences infirmières ni des milieux professionnels de soins médicaux. Elle se présentait comme une professionnelle de recherche formée en relation d'aide supervisée par une équipe de professeurs-chercheurs dont plusieurs œuvraient dans la discipline des sciences infirmières et dont l'une des membres avait exercé à titre d'infirmière. Les participantes devaient dès lors se présenter d'abord comme une personne ayant vécu un épisode de violence au travail et ensuite exprimer les atteintes à leur intégrité jusque dans leur identité professionnelle. Ce faisant, elles revisitaient, voire justifiaient, les fondements de cette identité professionnelle au sein d'un récit dont la dimension personnelle pouvait s'approfondir en toute liberté et dont l'accès à l'inconscient pouvait s'effectuer en toute sécurité. Puisqu'un discours purement professionnel devenait obstacle à la compréhension de la chargée d'entretiens, l'espace de non-conformité invitait alors à l'alliance fondée sur le « fonds commun d'humanité » pour reprendre l'expression de la psychanalyste Agatha Zielinski (2011). Une alliance enracinée dans l'altérité et le souci plutôt que dans une pratique partagée et reconnue entre collègues. En effet, une pratique commune portait le risque d'être davantage imprégnée de présupposés ou de sous-entendus de part et d'autre au sein d'une sous-culture professionnelle forte (Van der Cingel & Brouwer, 2021) et de biais disciplinaires communs. De tels présupposés en termes de milieux de soins (p. ex., certains milieux sont plus sécuritaires que d'autres), de pratiques infirmières (p. ex., la pratique clinique est plus valorisante qu'une pratique plus administrative ou d'accompagnement) ou de retour au travail (p. ex., un retour progressif dans le même milieu plutôt qu'un retour complet dans un nouveau milieu) ont d'ailleurs été clairement formulés par les participantes.

La majorité des participantes de la recherche affirmait avoir vécu une certaine expérience de cet effet d'imposition qui s'est traduit par la reproduction d'une violence

symbolique malgré la bienveillance apparente des ressources d'aide consultées. En effet, plusieurs participantes ont rapporté que leur médecin traitant, lors de la consultation pour leur arrêt de travail, ont entendu durant vingt minutes leur expérience de violence pour la « réduire », selon leur ressenti, à un diagnostic jugé ironique et désigné sous le vocable de « trouble de l'adaptation ». Une étiquette stigmatisante, masquant l'injustice vécue, laquelle semblait peu reconnue par un médecin qu'elles disaient souvent blasé. Toujours selon les participantes, ces « difficultés d'adaptation » les forçaient à devoir quitter temporairement leur travail de façon humiliante, entraînant une perte d'estime de soi. Un départ non désiré accompagné d'un protocole de retrait souvent vécu comme une exclusion, une invalidation de leur compétence et de leur capacité à être infirmière. L'objectif des suivis des protocoles, tous similaires par ailleurs, visait exclusivement la réduction de la durée de l'arrêt pour un retour au travail le plus rapidement possible dans des conditions presque inchangées. Selon les participantes, leur expérience était ici abordée et limitée au cadre de la « pensée médicale », de ses ressources et de l'agir attendu. La plupart des participantes ont affirmé vivre ces visites comme une violence symbolique, voire une violence renouvelée, c'est-à-dire une validation du mépris et du manque de considération qui avaient profondément atteint leur intégrité lors de l'épisode de violence en milieu de travail. Pourtant, et à la surprise de plusieurs participantes, leurs médecins préconisaient le retrait comme une stratégie de protection contre l'employeur afin de les soustraire, selon eux, à la violence annoncée d'un retour au travail dans les conditions relativement similaires et avec un minimum d'accommodements.

L'effet d'imposition en contexte de dévoilement : l'accueil de la personne chercheuse et de sa réflexivité

Enfin, la question de l'imposition est d'autant plus pertinente en cas de dévoilement, c'est-à-dire lorsque les participantes racontaient en détail leur incident traumatique pour la première fois. L'accueil d'un dévoilement est un moment crucial pour le développement du traumatisme vers une retraumatisation ou un chemin de guérison, comme l'ont démontré les entretiens auprès de victimes d'agressions (Martinez et al., 2021). La réception de l'expérience par la personne chercheuse sensibilisée doit s'effectuer avec une posture d'accueil et à l'aide d'une certaine expertise, voire d'un cheminement personnel certain (Tierney, 2018). En effet, afin d'éviter une incursion inopportune de la vie privée ou une avidité de détails pouvant se révéler particulièrement dommageable en ces circonstances, la personne chercheuse doit s'interroger sur ce qu'elle vise à explorer, ce qui motive sa curiosité scientifique, ses raisons plus ou moins conscientes, ce qui résonne lorsqu'elle interroge, relance, garde le silence. L'un des pionniers de l'intersubjectivité entre la personne chercheuse et la personne sujet de recherche, Barus-Michel affirme avec justesse : « Pour atteindre la différence, l'autre, l'étranger qu'il prétend chercher, il faut que le chercheur passe par la reconnaissance de ce qu'il est dans sa recherche » (1986, p. 803). Ce qu'il ou elle est dans sa recherche, entre transparence et vigilance, consiste en une interrogation continue de ses intentions

et de son agir afin de veiller à atténuer les impacts d'un accueil mal ajusté ou ceux d'une souffrance causée par des propos maladroits. S'interroger pour ne pas être complice malgré soi d'une collecte ignorante de l'impact émotionnel ou participer inconsciemment à l'instrumentalisation des propos aux fins de la réalisation de l'étude. Sans cette vigilance d'un soi dévoilé et du vécu personnel préalablement visité par la personne chercheuse s'agit le risque de nourrir la souffrance ou de souffrir par procuration, rendant pénible la création de l'espace nécessaire à la participante pour s'accueillir, être accueillie et se raconter. À cet effet, la tenue d'un journal de bord par la personne responsable de réaliser les entretiens et son accompagnement par une professeure-chercheuse demeurent deux précieux instruments. D'une part, ils nourrissent la réflexivité de la personne chercheuse sur sa posture et, d'autre part, sur sa pratique afin de camper dans une ouverture, une suspension du jugement ainsi qu'une saine vulnérabilité (Gagnon et al., 2019). Ces outils se sont révélés efficaces pour demeurer conscientes des réactions possiblement mal ajustées, des mécanismes de défense devant le cumul de récits traumatiques parfois grandement perturbants. L'impuissance vécue par la chargée d'entretiens s'ancre dès lors dans sa présence d'accueil qui devient une force, une ressource, une structure qui peut contenir et recevoir le mal entendu :

Je viens de terminer l'écoute de N., son récit d'agression fait résonner tous les autres que je porte en moi, toutes ces vies rapetissées qui crient. Son récit n'est pas le mien, je ne peux répondre, conseiller, interroger, seulement accueillir. Mais je suis témoin et touchée par sa souffrance qui ne m'appartient pourtant pas. J'en partage l'humanité, la gravité sans en être garante. Sans passivité, je reste témoin pour devenir une interface et enrichir ce projet de recherche (Extrait du journal de bord de la professionnelle de recherche, décembre 2023).

Le bien de l'autre dans la pratique des entretiens, la dimension relationnelle

La banalisation, souvent observée, d'un événement traumatisant dont l'irréparable, ou le « jamais plus comme avant », s'exprime dans les pleurs, dans les paroles blessées, dans les silences. La plupart des participantes faisaient état d'une violence invisible, celle sans preuve comme le harcèlement d'une supérieure ou le mépris d'un collègue. Une violence qui invisibilise en accentuant les inégalités sociales. Les recherches qualitatives du philosophe Emmanuel Renault (2009) qui lient les inégalités sociales, les violences et le travail trouvent une expression récente dans les travaux de Kafle et al. (2022). En concordance avec les entretiens, ces situations de violence au travail s'accompagnent d'un fardeau psychologique, d'une précarisation financière étant donné l'absence du travail, d'un isolement social, d'un fardeau familial qui se répercute sur le conjoint et les enfants. Même les collègues sont mis à l'épreuve pour pallier l'absence en contexte de pénurie, car cela entraîne l'augmentation de leur charge de travail. Selon les

participantes, plusieurs de leurs collègues voient l'arrêt de travail comme une stratégie délibérée pour prendre des vacances ou s'offrir du repos. Or c'est par l'accueil et la prise en compte de la complexité des expériences que la violence de telles inégalités vécues peut être nommée et rendue visible.

Dans un tel contexte, si la collecte de données demeure l'objectif premier de cette étape du processus de recherche, il doit s'adjoindre du souci du bien-être des participantes dans la pratique des entretiens. En ces circonstances, c'est la posture de la personne chercheuse qui peut harmoniser ce double objectif tout en se faisant gardienne du processus de recherche qui ne porte pas d'intention thérapeutique inhérente. Le caractère intersubjectif de la relation entre la participante qui se dévoile et la personne chercheuse qui se laisse toucher pour refléter cette écoute vulnérable supplémente l'objectivité première et recherchée avec une quête du bien de l'autre par le fait d'être *avec* et *pour* l'autre. Recueillant les valeurs au fondement de l'intégrité personnelle et professionnelle des participantes dans leur pratique de soins, l'équipe a remarqué que la conduite des entretiens pouvait concourir au même souci du bien de l'autre, à la même dimension morale, ou du moins responsable, que celle qui anime une infirmière, malgré un contexte différent. À l'instar de la pratique morale du soin infirmier selon Gastmans et al. (1998), la relation ainsi que l'attitude de bienveillance (« *caring relationships and behavior* ») montraient des similitudes avec la posture de la professionnelle de recherche en conduite d'entretiens qui exigeait d'être profondément revisitée. En écoutant les participantes avec profondeur, l'équipe a accueilli leur pratique vivante du soin de l'autre qui palpitait à travers leur récit d'intégrité altérée. Une pratique morale et presque viscérale du soin de l'autre qui s'affirmait, refusait de disparaître malgré l'invisibilisation produite par l'épisode de violence au travail, mais surtout d'arrêt du travail, malgré les enjeux de santé mentale et les inégalités subies ayant profondément lacéré la trajectoire identitaire. Les atteintes à l'intégrité impliquaient le plus souvent une perte de confiance en soi et en l'autre, une perte d'estime de soi et une diminution du sens de compétence, mais n'avaient pas altéré le goût de l'autre et de la relation à travers le soin, l'importance de faire du bien, de faire le bien et de prendre soin (Halverson et al., 2024). D'ailleurs, les participantes effectuaient d'elles-mêmes un rapprochement entre leur rapport aux patients et la conduite des entretiens. Selon la perception de l'image des infirmières sur elles-mêmes dans leur rapport aux patients (Van der Cingel & Brouwer, 2021), les entretiens empruntaient parfois aux mêmes enjeux éthiques par l'implication personnelle (disponibilité et considération), décisionnelle (consentement et engagement à poursuivre), et par la saine proximité à instaurer dans leur relation (écoute et prise de parole).

En effet, la demande initiale des rencontres dans le cadre des entretiens était celle de participer à une collecte de données, de participer à ce qui deviendrait socialement signifiant à partir d'une expérience de violence insensée. Lors des rencontres, les participantes insistaient sur le fait qu'elles aimaient bénéficier d'un espace de

dévoilement pour faire l'expérience d'une considération initialement refusée. Elles estimaient le fait, selon leurs propos, que l'on prenne soin de l'expérience de fragilisation, en reconnaissant la mutualité profondément humaine d'une altérité réparatrice. Ce « prendre soin » se manifestait pour la chargée d'entretiens en assumant la responsabilité d'une posture compatissante, engagée, transparente et compétente. Étant donné le retrait physique du milieu de travail et la possibilité offerte de mise en sens de l'expérience traumatique pour les participantes, l'entretien recèle ici la possibilité de contribuer, partiellement et humblement, au processus de restauration de l'intégrité personnelle et professionnelle (Lutgen-Sandvik, 2008).

Les enjeux épistémologiques de l'expérience : la rencontre de deux vulnérabilités

Le contexte relationnel d'une infirmière et d'un patient en milieu de soins tout comme celui de la personne chercheuse et de la personne participante présentant plus spécifiquement des enjeux de santé mentale s'inscrivent dans une dynamique de don et de réception.

Témoin d'une dynamique de réciprocité, l'équipe a surtout fait le constat d'une reconnaissance mutuelle de notre humanité qui s'enrichit l'une par l'autre. La personne chercheuse se retrouve ainsi avec la participante au cœur d'une interaction et d'une intimité qui se révèlent évolutives, provisoires, tout en impliquant une mise à l'épreuve continue mais solidaire (Råheim et al., 2016). L'interaction et l'intimité portent alors la possibilité de faire croître l'une et l'autre. La vulnérabilité de la condition humaine, éprouvée par des situations d'abus traumatiques, caractérise cette mutualité. Durant l'entretien, la vulnérabilité concerne à la fois la personne chercheuse touchée et interpellée ainsi que la participante dévoilée et exposée par sa parole donnée en confiance à une personne étrangère. La vulnérabilité n'est plus considérée comme une situation, un profil, une victimisation ou un stigma (Le Blanc, 2011), mais plutôt ce qui unit sur le plan existentiel et ce qui autorise la mise en sens. Puiser au sein de sa vulnérabilité pour mieux accueillir, s'accueillir et s'ajuster en termes de pratique et de présence, cette posture rencontre ici le caractère inconditionnel propre à la compassion (Mollard et al., 2020; Tierney, 2018). Une telle posture ne saurait cependant être réduite à une dimension émotionnelle ou psychologique. Une motivation compassionnelle qui s'interprète comme l'acceptation de l'autre dans sa pleine humanité, dans son intégrité unique, riche et blessée qui s'exprime dans un souci « d'être avec » l'autre tout en demeurant profondément en contact avec sa propre vulnérabilité (Råheim et al., 2016; Tierney, 2018).

L'intégrité personnelle et professionnelle comme unicité de la participante

En définitive, si les milieux de soins valorisent l'égalité dans les rapports à autrui (patients, collègues, médecins, publics, etc.), les participantes infirmières n'ont cessé de réclamer la reconnaissance de leur unicité. La participante no 1 clamait à cet effet : « Je

suis R. A. infirmière, je n'ai pas à choisir entre être moi et être infirmière. » En écho au leadership compatissant proposé par Salminen-Tuomaala et Seppälä (2023), plusieurs participantes affirmaient, avec une profonde conviction, s'attendre à retrouver cette compassion à leur égard de la part de leurs employeurs et de leurs collègues à la suite de leur épisode de violence en milieu de travail ou lors de leur retour au travail. Elles ont plutôt reçu l'annonce procédurière d'un retour au travail normé (retour progressif dans le même milieu appliqué de façon systémique et systématique à l'ensemble des employés, selon leurs propos). Voilà qui ne permettait pas de reconnaître le vécu unique et conjugué de la personne et de l'infirmière en arrêt de travail. Manque d'écoute et d'empathie et absence de propositions adaptées à leurs besoins de la part des divers acteurs clés rencontrés durant leur parcours viennent jalonner leur récit. Toutes les participantes ont connu une déviation coûteuse et non désirée de leur trajectoire professionnelle, toutes ont remis en question l'idéal infirmier qui les faisait vibrer et toutes ont rappelé leur passion pour le relationnel, même si elles furent blessées en relation : celle proche d'une collègue, celle lointaine d'une agente de ressources humaines. Leur témoignage rappelait que la relation peut être source de menaces, mais elle est aussi source d'émancipation même au cœur de leur traversée (rapprochements familiaux, retour dans un nouveau milieu avec une équipe bienveillante, etc.).

Ainsi, l'ensemble des participantes ont affirmé que si leur expérience de violence pouvait éclairer les acteurs du milieu lors de retour au travail d'autres infirmières, cela constituerait un baume, voire une première mise en sens de ce qui en était dénué. En convergence avec les travaux de Gagnon et ses collègues, l'équipe remarque qu'en contexte d'entretiens « la verbalisation du vécu des personnes participantes, aussi difficile soit-elle, présente une occasion appréciée de prise de parole » (Gagnon et al., 2019, p. 88). Ainsi, toutes les participantes, incluant celles qui n'ont pas (encore) poursuivies jusqu'à terme ont mentionné avoir vraiment apprécié cette participation à la recherche et y trouver réconfort, voire une forme de mieux-être. L'une d'elles affirme à ce propos : « Je te remercie tellement, ça m'a fait vraiment du bien d'en parler, puis c'est tellement encourageant de savoir que je peux contribuer à quelque chose de plus grand avec ce qui m'est arrivé » (participante no 3). Ce potentiel de transformation mutuelle ouvre, de façon inédite, un horizon de croissance autant (mais différemment) pour la participante qui donne que pour la personne chercheuse qui reçoit. Un horizon où toutes les deux peuvent se recevoir et redonner.

Comme N. qui a dû recueillir tant de confidences, de peur et de vulnérabilité des patients, elle me confie un fragment de cette vulnérabilité, de cette nudité parfois bafouée. Elle témoigne par sa vie et sa confiance; à mon tour de passer ce fragment, précieux par la vie qu'il contient. J'y ajoute un soupçon d'espérance en le transmettant au sein d'un écho – avancée de la recherche – pour rendre cette vie visible, pour faire sens avec tous ces récits

qui m'ont lacérée, pour son intégrité et la mienne (Extrait du journal de bord de la professionnelle de recherche, décembre 2023).

La personne chercheuse recueille bien souvent ce qui ne figure pas au verbatim : le sourire qui ranime le visage en pleurs, la fébrilité de la participante pour une seconde rencontre, le soin porté à l'apparence malgré la fatigue, la souffrance et l'usure dans la position voûtée. Pour la personne chercheuse qui se voit confier, dans les paroles déposées, l'intimité, la blessure et l'espérance, cette dernière devient, pour elle, une occasion d'une mise en service.

Réflexions autour de la posture compatissante : être une personne chercheuse invitée, crédible et transparente

Devant ce constat, plutôt qu'une posture de personne chercheuse soucieuse d'explorer avec tact et considération la contrée blessée de l'autre, il s'agissait encore davantage : *être une personne invitée*. Être une personne invitée à accompagner l'autre dans sa terre blessée et foulée. Dans cette perspective, l'entretien ne peut être vu seulement comme une invitation destinée à une personne participante : il faut également être soi-même invitée par la personne pour entrer dans son univers subjectif habité par des valeurs aussi profondes que fragilisées. Être une personne invitée encore, en validant de façon continue le consentement de la personne participante. Enfin, être une personne invitée pour répondre à l'appel de la participante d'être entendue, peut-être à l'image de l'infirmière qui répond à la demande de soin du patient pour guérir (Gastmans et al., 1998).

La compassion constitue la source motivationnelle pouvant performer une telle vertu altruiste dans l'attitude et la posture de la personne chercheuse. Une forme d'accompagnement, prônant l'humilité, la suspension du jugement et l'accueil de la vulnérabilité de la participante malgré le temps planifié, les arrêts, les pleurs, les culpabilités affirmées. Être une personne invitée plutôt que visiteuse pour ne pas être complice des scénarios de violence symbolique et d'inégalité qui se sont parfois rejoués dans les diverses rencontres d'expertises médicales, syndicales, organisationnelles ou juridiques des participantes. Être une personne invitée pour y découvrir le paysage des relations et des rencontres comme traces lumineuses, les réalités qui se sont échafaudées et qui jalonnent son expérience qui se réactualise et se poursuit durant l'entretien.

Comment habiter cette posture de témoin et d'invitée, entre la personne chercheuse assignée à une collecte de données rigoureuses visant une forme d'objectivité et la personne intervenant en relation d'aide qui soutient une participante en décompensation? La compassion commande de laisser être, sans fusionner, avec empathie, sans établir une distance insupportable, sans blâmer inconsciemment la victime pour se rassurer quant à sa propre imperméabilité aux événements « qui n'arrivent qu'aux autres » et que le monde demeure juste (Montada & Lerner, 2013).

La place de l'invitée requiert une transparence, elle requiert de se présenter sans dissimulation d'intentions ou de motivations. La chargée d'entretiens a ainsi présenté les objectifs de la démarche de recherche, le consentement éthique ainsi que sa compétence toutefois externe au champ des sciences ou de la pratique infirmières. La transparence renvoie ici au fait d'être au clair avec ses motivations par l'exercice de sa réflexivité en vue de l'ajustement continu de sa posture. Demeurer dans l'humilité pour éviter l'effet d'imposition, cultiver ce fonds commun d'humanité au cœur des échanges avec le souci compatissant et la validation du consentement.

Le qualificatif *crédible*, quant à lui, renvoie à ce degré de confiance donné avec l'audace de croire que cette confiance sera reçue. La frontière entre la personne chercheuse en quête d'objectivité et la personne intervenant en relation d'aide commande un positionnement, une distance certes, mais laquelle? L'extériorité aux codes de la profession infirmière et la familiarité des situations traumatiques suffisent-elles pour établir une distance aussi ajustée que saine même si, en rétrospective, elle fut bénéfique pour l'équipe? Porisky et Glas (2023) remettent en question cette dichotomie entre la posture externe et celle interne à la réalité socioculturelle, voire professionnelle des personnes participantes d'un entretien de recherche. Être infirmière d'expérience ou membre de l'ordre professionnel garantissait-il une proximité avec la participante ajoutant à la richesse d'une cueillette de données? Ou au contraire, l'altérité encourage-t-elle un échange tout autre, à nouveaux frais, libéré des codes comme cela a été vécu lors des entretiens? D'une posture à l'autre, un spectre de positions se dessine selon la recherche (personne chercheuse partiellement interne, une posture fluide à la fois interne et externe selon les conditions, la personnalité ou les objectifs, etc.). Devant cette posture imprécise et mouvante, Porisky et Glas suggèrent la posture du « visiteur crédible » qui vise un positionnement ajusté, éthique et productif sans égard à l'externalité ou à l'intériorité de la position de la personne chercheuse (Porisky & Glas 2023).

Si la posture de « visiteur » crédible et compétent présente l'intérêt de sortir de la réflexion traditionnelle du positionnement de la personne chercheuse, il n'en demeure pas moins qu'une personne « en visite » présente le risque d'une curiosité mal ajustée en contexte de dévoilement d'évènement traumatique et cela semble moins favorable à déployer une alliance, une réciprocité davantage enracinée dans l'existentiel, dans l'humanité commune que dans la compétence avérée ou la technique. Pour cette raison, une attitude compatissante empruntant à l'humilité, mais aussi à la vulnérabilité commune, celle propre à *une personne invitée* qui valide le consentement de son hôte pour demeurer dans l'accueil, le récit et le partage d'un vécu souffrant sans y appartenir ni même s'en charger thérapeutiquement ou moralement. Un consentement vécu aussi de la part de la personne chercheuse en tant que vigilance, souci et réflexivité sur son positionnement et sa participation au sein de cette relation d'abord profondément humaine et qui a le devoir de le demeurer.

La vulnérabilité de la personne chercheuse

Bashir (2020) et Davison (2004) ont tenté de souligner les constituants de la vulnérabilité de la personne chercheuse. Si l'ensemble des actrices et acteurs sollicités dans un processus de recherche s'impliquent avec leur vulnérabilité personnelle, il n'en demeure pas moins que certaines rencontres – entretiens, analyses de verbatim, etc. – peuvent devenir une épreuve étant donné la charge d'impuissance et la résonnance émotionnelle qu'elles peuvent transmettre. McClelland (2017) insiste sur l'importance de l'affect afin de soutenir la personne exposée et Boutanquoi suggère une forme de lâcher-prise : « Il existe comme une nécessité de lâcher-prise au regard de ses objectifs, d'être dans l'instant au plus près de l'expérience d'autrui sans pour autant rester un simple réceptacle de ses mots » (2023, p. 63). Il s'agit davantage d'accueillir et de recueillir dans le moment présent l'expérience témoignée par le vécu labouré, relue au filtre des souvenirs, puis racontée, singulière et empreinte de nouveaux affects, voire d'interprétations divergentes de ce qu'on pourrait nommer l'objectivité de l'évènement premier (De Gaulejac, 2013; Ferrarotti, 2013). À l'instar de la participante qui se présente en entretien pour y déposer son expérience, la personne chercheuse vient à cette recherche, portée par ses motivations. Si l'expérience de la participante cherche à se dire et à être mise en sens afin de donner à comprendre son récit d'expérience, la personne chercheuse est amenée à prendre avec elle, à *com*-prendre ce récit, dans le processus de mise en sens à travers sa propre expérience et ses labours. Elle accompagne ainsi la participante par la conversion de son regard qui reflète, reformule, éclaire. Elle laisse son regard être emprunté en quelque sorte par la participante, et elle le peut en raison de ses motivations et de sa pratique compatissante. La mutualité vécue, les similitudes observées dans la dimension responsable de la pratique des entretiens et de la pratique infirmière et l'émergence d'une vertu altruiste alliée à une expertise requise pour une posture consentie et crédible furent des découvertes étonnantes considérant les enjeux éthiques importants du cadre de recherche et du profil des participantes.

En ces circonstances, la posture de la personne chercheuse d'être invitée est motivée par la compassion et la quête du bien de l'autre. Voilà qui devient particulièrement signifiant pour recueillir la complexité et la profondeur de l'expérience vécue des participantes en recherche qualitative.

Conclusion

Le présent article cherchait à déplier et à déployer une réflexion sur les défis, les contraintes et les apports de la posture de la personne chercheuse dans le cadre d'entretiens avec des personnes présentant ou ayant présenté des enjeux de santé mentale ainsi qu'une fragilisation sociale. Partant d'un souci d'atténuation des risques inhérents au profil des participantes à recruter, l'équipe a réfléchi à la posture la plus appropriée pour la conduite de ces entretiens qui présentaient des enjeux méthodologiques, éthiques et épistémologiques. À terme s'est déployée une posture compatissante accentuant

l'intersubjectivité, la vulnérabilité et l'alliance tout en intégrant une vigilance continue, compétence et transparence plutôt qu'une posture d'expertise. Inhérente à la démarche d'*enquête appréciative* ainsi qu'au vécu des personnes participantes présentant des situations de grande fragilisation sur les plans personnel et socioprofessionnel, la mutualité exprimée le besoin des participantes de se raconter ont modifié voire élargi le cadre de l'entretien semi-dirigé pour recueillir des récits d'expériences plutôt que des réponses. À travers la conscience renouvelée du « fonds commun d'humanité » partagée avec les participantes et nourrie par une réflexivité portant sur l'adaptation et la quête d'une posture plus juste pour la conduite des entretiens, l'équipe de recherche a constaté une transformation de ces derniers, d'un espace d'accueil et de croissance possible en un espace d'approfondissement de soi et de l'autre. Le souci de l'équipe de recherche avait d'abord visé l'organisation des entretiens au moyen notamment d'un cadre méthodologique exigeant une posture d'accueil et d'ouverture tout en orientant l'entretien vers un avenir possible positif de l'être et de la parole de l'autre. À l'épreuve d'une altérité blessée dont la profondeur de l'alliance et la complexité du récit débordaient du dispositif de recherche bienveillant, l'adoption d'une posture de personne invitée, à la fois crédible et transparente, s'est imposée afin d'assurer une vigilance du soi et du consentement continu de l'autre. C'est encore l'accueil comme don et l'invitation comme réception qui permettent à la relation de devenir levier à travers sa mutualité. Levier pour renforcer les capacités et la confiance des participantes, pour se mettre au service d'une mise en sens de leur épreuve dans le respect du temps exigé et pour contribuer, dans la juste mesure laissée au cœur du récit témoigné, à la considération de leur unicité. Une posture motivée par la compassion dans la conduite des entretiens présentait des similitudes avec la dimension morale propre à la pratique infirmière, et ce, malgré ou plutôt grâce à une connaissance faible et partielle du système de références et de valeurs des participantes infirmières. Une compassion qui témoigne de « la conversion du regard du chercheur » pour reprendre la formule de Bourdieu (1993), laquelle reflète la puissance de la vulnérabilité ainsi que la faiblesse de la violence, une conversion constituant ce bienfaisant fonds commun d'humanité.

Notes

¹ Étant donné le contexte de cette recherche, l'utilisation du terme *personne chercheuse* dans le présent article concerne plus spécifiquement la personne menant généralement les entretiens dans une démarche de recherche, sans exclure cependant les autres étapes du processus. Même si la personne chargée des entretiens n'avait pas le statut universitaire de personne chercheuse (professeure-chercheuse) lors de la présente étude, mais bien celui de professionnelle de recherche, les constats qui ont été faits ainsi que les réflexions suscitées peuvent s'appliquer à

toute personne menant des entretiens qualitatifs à l'aide d'une approche narrative, incluant donc également les personnes chercheuses. Par ailleurs, le terme *participantes* est utilisé ici pour refléter le genre de la totalité des huit personnes infirmières ayant complété les deux entretiens semi-dirigés.

² L'Organisation internationale du Travail (<https://www.ilo.org/fr>) définit la violence comme « toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable et par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée, dans le cadre ou du fait direct de son travail » (Bureau international du Travail, 2003). Cette définition est reprise par l'IRSST en y spécifiant qu'elle inclut le harcèlement psychologique, sexuel ainsi que la violence physique (IRSST, n.d.).

Références

- Armstrong, A. J., Holmes, C. M., & Henning, D. (2020). A changing world, again. How appreciative inquiry can guide our growth. *Social Sciences & Humanities Open*, 2(1). <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2020.100038>
- Barus-Michel, J. (1986). Le chercheur, premier objet de la recherche. *Bulletin de psychologie*, 39(377), 801-804.
- Bashir, N. (2020). The qualitative researcher: The flip side of the research encounter with vulnerable people. *Qualitative Research*, 20(5), 667-683.
- Beauvais, M. (2007). Chercheur-accompagnateur : une posture plurielle et singulière. *Recherches qualitatives, Hors-série « Les Actes »*, (3), 44-58.
- Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Fayard.
- Boutanquoi, M. (2023). Faire dire ou faire advenir une parole : quelques réflexions sur l'entretien de recherche. *Recherches qualitatives*, 42(2), 53-75.
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95(4), 37-45.
- Cooperrider, D. (2017). The gift of new eyes: Personal reflections after 30 years of appreciative inquiry in organizational life. *Research in Organizational Change and Development*, (25), 81-142.
- Davison, J. (2004). Dilemmas in research: Issues of vulnerability and disempowerment for the social worker/researcher. *Journal of Social Work Practice*, 18(3), 379-393.
- De Gaulejac, V. (2013). Entre l'individu et le sujet, il y a toute une histoire... Pour une approche socio-clinique des récits de vie. *Les politiques sociales*, 13(1), 108-120.
- Edwards, R., & Holland, J. (2020). Reviewing challenges and the future for qualitative interviewing. *International Journal of Social Research Methodology*, 23(5), 581-592.

- Ferrarotti, F. (2013). *Histoire et histoires de vie*. Librairie des Méridiens.
- Gagnon, M., Beaudry, C., & Deschenaux, F. (2019). « Prendre soin » des participants lors d'entretiens réalisés en contexte de recherches sensibles. *Recherches qualitatives*, 38(2), 71-92.
- Gastmans, C., Dierckx de Casterle, B., & Schotsmans, P. (1998). Nursing considered as moral practice: A philosophical-ethical interpretation of nursing. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 8(1), 43-69.
- Haas, V., & Masson, E. (2006). La relation à l'autre comme condition à l'entretien. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 71(3), 77-88.
- Halverson, K., Xin, S., Camargo-Plazas, P., & Wilson, R. (2024). A narrative approach to understanding the experience of becoming and being a nurse: Professional identity formation and transition to practice. *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 10(3). <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1483>
- Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST). (n. d.). *Ça nous concerne tous! Définitions. Prévention de la violence interpersonnelle en milieu de travail*. <https://www.irsst.qc.ca/prevention-violence/definitions.html#violence>
- Kafle, S., Paudel, S., Thapaliya, A., & Acharya, R. (2022). Workplace violence against nurses: A narrative review. *Journal of Clinical and Translational Research*, 8(5), 421-424.
- Lancôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492-501.
- Le Blanc, G. (2011). *Que faire de notre vulnérabilité?* Bayard.
- Le Bourgeois, I. (2024). *Vivre avec l'irréparable*. Albin Michel.
- Lutgen-Sandvik, P. (2008). Intensive remedial identity work: Responses to workplace bullying trauma and stigmatization. *Organization*, 15(1), 97-119.
- Martinez, V., Baril, K., & Tourigny, M. (2021). La résilience de femmes victimes d'agression sexuelle vécue à l'enfance : l'effet du dévoilement. *International Journal of Child and Adolescent Resilience / Revue internationale de la résilience des enfants et des adolescents*, 8(1), 17-30.
- McClelland, S. I. (2017). Vulnerable listening: Possibilities and challenges of doing qualitative research. *Qualitative Psychology*, 4(3), 338.
- Mollard, E., Hatton-Bowers, H., & Tipples, J. (2020). Finding strength in vulnerability: Ethical approaches when conducting research with vulnerable populations. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(6), 802-807.

- Montada, L., & Lerner, M. J. (Éds). (2013). *Responses to victimizations and belief in a just world*. Springer Science & Business Media.
- Porisky, A., & Glas, A. (2023). Insiders, outsiders, and credible visitors in research. *PS, Political Science & Politics*, 56(1), 51-55.
- Råheim, M., Magnussen, L. H., Sekse, R. J. T., Lunde, Å., Jacobsen, T., & Blystad, A. (2016). Researcher-researched relationship in qualitative research: Shifts in positions and researcher vulnerability. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30996>
- Renault, E. (2009). Notes de lecture. *Travailler*, 21(1), 131-151.
- Ridley-Duff, R. J., & Duncan, G. (2015). What is critical appreciation? Insights from studying the critical turn in an appreciative inquiry. *Human Relations*, 68(10), 1579-1599.
- Salminen-Tuomaala, M., & Seppälä, S. (2023). Hospital nurses' experiences and expectations of compassion and compassionate leadership. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(2), 486-495.
- Sastrawan, S., Newton, J. M., & Malik, G. (2019). Nurses' integrity and coping strategies: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 733-744.
- St-Denis, K., & Richard, S. (2021). L'entretien en tant qu'interaction : qu'en est-il du chercheur? *Enjeux et société*, 8(1), 62-83.
- Tierney, S. (2018). What place does compassion hold in the conduct and production of health services research? *Journal of Compassionate Health Care*, (5), 1-6.
- Timmins, F., Catania, G., Zanini, M., Ottonello, G., Napolitano, F., Musio, M. E., Aleo, G., Sasso, L., & Bagnasco, A. (2023). Nursing management of emergency department violence. Can we do more? *Journal of Clinical Nursing*, 32(7-8), 1487-1494.
- Van der Cingel, M., & Brouwer, J. (2021). What makes a nurse today? A debate on the nursing professional identity and its need for change. *Nursing Philosophy*, 22(2), e12343. <https://doi.org/10.1111/nup.12343>
- Zielinski, A. (2011). La vulnérabilité dans la relation de soin. « Fonds commun d'humanité ». *Cahiers philosophiques*, 125(2), 89-106.

Diane Guay, inf. Ph. D., est professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke et chercheuse universitaire. Elle est titulaire de la Chaire de recherche en sciences de la compassion. Ses travaux portent sur l'humanisation des soins et l'approche palliative. Adhérant à l'approche socioconstructiviste, elle privilégie les méthodes de recherche collaboratives et qualitatives.

Barbara Martel, Ph. D., est codirectrice du Centre d'accompagnement de la recherche spirituelle Le Pèlerin et professionnelle de recherche à l'Université de Sherbrooke. Ses centres d'intérêt portent notamment sur la croissance spirituelle en contexte de souffrance traumatique. Ses travaux examinent les rapports entre spiritualité, intégrité, violence et compassion.

Marie-France Coutu, Ph. D., est titulaire de la chaire de recherche en réadaptation au travail. Elle vise, à travers ses recherches, à rassembler les décideurs des divers secteurs touchés par l'incapacité au travail. Par une approche globale, elle œuvre à comprendre la complexité des facteurs qui influencent le retour au travail afin de mieux outiller les divers acteurs en réadaptation.

Chantal Caux, Ph. D., s'intéresse aux interactions entre l'éthique et santé au travail. Particulièrement, son domaine d'intérêts touche aux aspects éthiques inhérents aux interventions réalisées en contextes de vulnérabilité, à l'aide médicale à mourir, aux concepts d'autonomie et de consentement aux soins, tant de nature médicale que psychosociale, de même qu'au développement des compétences en éthique des professionnels de la santé.

Marie Josée Levert, Ph. D., est psychologue et professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Chercheuse régulière au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (GIRAFE-CRIR), elle s'intéresse à l'accompagnement-citoyen en soutien à la qualité de vie, à l'autonomie et à la résilience des personnes de tous âges et des familles qui vivent des situations de santé chroniques. Elle porte un intérêt particulier au transfert de connaissances et à l'éducation thérapeutique.

Marc Dumas, Ph. D., est professeur-chercheur à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, il s'intéresse, à travers ses travaux de recherche, à la santé et à la quête de sens contemporaine, aux écrits du théologien Paul Tillich, ainsi qu'au statut actuel de la théologie.

Pour joindre les personnes autrices :

diane.guay@usherbrooke.ca

barbara.martel2@usherbrooke.ca

marie-france.coutu@usherbrooke.ca

chantal.caux@umontreal.ca

mj.levert@umontreal.ca

marc.dumas@usherbrooke.ca

Effets subjectifs du travail hospitalier en contexte de pandémie sur la trajectoire professionnelle et la santé : expérience vécue d'une professionnelle de la santé mentale

Juan Marcelo Balboa Gallardo, Ph. D., chercheur postdoctoral

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Résumé

Cet article explore les effets subjectifs, tant personnels que professionnels, vécus par une professionnelle de la santé mentale dans un hôpital chilien durant la pandémie de COVID-19. L'objectif est de démontrer la pertinence de la recherche qualitative pour donner la parole aux personnes qui se trouvent en situation d'inégalité en raison de leur activité professionnelle. La méthodologie repose sur un dispositif de recherche clinique incluant des entretiens semi-dirigés et un groupe de discussion centré sur l'expérience vécue, en distinguant les dimensions sociales, organisationnelles et personnelles de cette expérience. L'article se base sur l'étude de cas d'une travailleuse ayant participé à toutes les étapes du dispositif méthodologique. Les résultats de l'analyse sont structurés autour de thèmes principaux, tels que le manque de reconnaissance sociale et organisationnelle des professionnels de la santé mentale, la nécessité de stratégies d'inventivité face aux contraintes bureaucratiques et l'impact psychologique de la pandémie sur les travailleurs de première ligne. La discussion met en lumière comment la recherche qualitative peut remplir une fonction psychologique de compensation en offrant un espace d'expression et de reconnaissance pour les groupes vulnérables. En conclusion, l'article souligne l'importance de la recherche qualitative pour comprendre les relations complexes entre travail et santé, et pour révéler les inégalités sociales au sein des institutions de santé, particulièrement en période de crise sanitaire.

Mots clés

MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE, EXPÉRIENCE VÉCUE, PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE AU TRAVAIL, COVID-19

Subjective effects of hospital work in a pandemic context on career trajectory and health: the lived experience of a mental health professional

Abstract

This article explores the subjective effects, both personal and professional, experienced by a mental health professional in a Chilean hospital during the COVID-19 pandemic. The aim is to demonstrate the relevance of qualitative research in giving a voice to people who find themselves

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 44(1), pp. 60-83.

INÉGALITÉS SOCIALES ET SANTÉ MENTALE : APPORTS, DÉFIS ET CONTRAINTES DE LA RECHERCHE QUALITATIVE

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

© 2025 Association pour la recherche qualitative

in situations of inequality due to their professional activity. The methodology is based on a clinical research design that includes semi-structured interviews and a focus group discussion centred on lived experience, distinguishing between the social, organisational and personal dimensions of this experience. The article is based on a case study of a worker who participated in all stages of the methodological process. The results of the analysis are structured around key themes, such as the lack of social and organisational recognition of mental health professionals, the need for creative strategies to deal with bureaucratic constraints, and the psychological impact of the pandemic on frontline workers. The discussion highlights how qualitative research can fulfil a psychological compensatory function by providing a space for expression and recognition of vulnerable groups. In conclusion, the article emphasises the importance of qualitative research in understanding the complex relationships between work and health, and in revealing social inequalities within healthcare institutions, particularly during a health crisis.

Keywords

QUALITATIVE METHODOLOGY, LIVED EXPERIENCE, PUBLIC HEALTH PROFESSIONALS, MENTAL HEALTH AT WORK, COVID-19

Introduction

La pandémie de COVID-19 a eu un impact important sur une grande partie de la population mondiale et a mis en évidence les inégalités sociales comme facteur déterminant sur la santé mentale des secteurs les plus vulnérables (Alvarado & Mascayano, 2021; World Health Organization [WHO], 2023). En outre, les personnes travailleuses de la santé publique ont été touchées à double titre : elles ont été affectées par les effets directs de la pandémie, mais également par les effets des transformations du travail associées aux soins de la santé de la population dans lesquels ils sont impliqués (Alvarado et al., 2021; Gouvernement du Canada, 2024). Partout dans le monde, les services de santé ont été contraints d'opérer une transition rapide dans l'organisation de leur travail pour faire face à une situation extrêmement complexe dont les dimensions et les effets ont été difficiles à cerner jusqu'à un stade avancé de la crise sanitaire (Alvarado & Mascayano, 2021).

Les mesures de prévention de la contagion ont entraîné de fortes tensions sociales. Pendant la pandémie de COVID-19, des études internationales ont révélé des expériences de harcèlement et de violence chez les professionnels de la santé, avec une augmentation notable des incidents de violence verbale et physique, ainsi que des comportements de harcèlement de la part des patients et du public (Correia da Silva et al., 2022; Namendys-Silva, 2020)¹. Quelques études ont associé ces situations à la peur de la population d'être infectée par les membres du personnel sanitaire (Menon et al., 2020).

Dans ce contexte de stress social intense et prolongé, les professionnels de la santé ont affronté diverses souffrances au travail. La confusion des rôles, l'absence de procédures claires, l'impact des décès de masse et la peur de la contagion ont accru leur charge psychologique (Masó & Ferrer, 2023; Saavedra Soto, 2023; Toro-Devia et al.,

2023). Les changements organisationnels dus à la pandémie ont profondément transformé les conditions de travail. Les professionnels de la santé ont dû porter des combinaisons isolantes en permanence, s'adapter à des précautions évolutives et faire face à des horaires éprouvants les éloignant de leur famille. Certains ont également dû s'adapter rapidement au travail à distance, générant de nouvelles tensions et souffrances professionnelles (Correia da Silva et al., 2022; Menon et al., 2020). Cela a conduit de nombreux professionnels de la santé en milieu hospitalier à l'épuisement professionnel. Beaucoup ont souffert de divers troubles de santé, certains quittant temporairement ou définitivement leur poste. Cette situation a affecté leur santé mentale et physique, interrompant leur carrière et leur vie personnelle (Alvarado et al., 2021; Li et al., 2021).

Contexte de la recherche

Lorsque la pandémie a été déclarée, nous vivions à Québec pour nos études doctorales. En tant que psychologue chilien, nous avons ressenti le besoin de contribuer à la prévention des effets des conditions de travail au Chili sur la santé mentale des professionnels de première ligne. Nous nous sommes donc associé à d'autres professionnels de la santé et des sciences sociales pour concevoir un dispositif d'intervention offrant un soutien socioémotionnel au personnel hospitalier. Nous avons donc formé une équipe multidisciplinaire² qui a travaillé bénévolement pendant une période de six mois (entre mars et septembre 2020) en apportant un soutien socio-émotionnel et en aidant les personnes travailleuses à disposer d'espaces de discussion sur le travail qui leur permettraient de concevoir de nouvelles façons de faire face aux exigences en matière de santé³ (Balboa et al., 2022).

Un an et demi après le pic de la pandémie, nous avons décidé de suivre la situation postpandémique des professionnels impliqués dans le dispositif d'intervention. Pour approfondir cette étude, nous avons invité certains d'entre eux à prendre part à une étude qualitative. Trois professionnels ont répondu et accepté de participer à notre recherche, menée d'avril à juin 2022.

Objectif de l'article

L'objectif de notre article est de contribuer à mettre en évidence la pertinence de la recherche qualitative pour faire émerger la parole sur l'expérience vécue de personnes qui ont subi des situations d'inégalités sociales et des modifications de leur trajectoire en raison de leur activité professionnelle en contexte de pandémie.

Méthodologie

En raison de la nature de notre objet d'étude, à savoir connaître et comprendre l'expérience vécue (Gaulejac, 2017) d'un groupe de professionnels dans l'exercice de leur métier de professionnels de santé en milieu hospitalier dans un contexte de pandémie, nous avons opté pour une approche méthodologique qualitative basée sur l'analyse sociologique clinique du travail (Hamisultane, 2022). Celle-là repose sur une conception de la production et de l'élaboration qui favorise une compréhension profonde et nuancée du phénomène étudié (Paillé & Mucchielli, 2021). Cette approche

méthodologique favorise la mise en évidence de la manière dont les personnes interprètent et donnent un sens aux réalités qui les entourent, en tenant compte des contextes sociaux et culturels spécifiques dans lesquels elles évoluent (Mayer & Deslauriers, 2000).

La notion d'expérience vécue a été développée par différentes disciplines, de la phénoménologie à la psychologie dialectique de L. Vygotski en passant par la sociologie clinique de V. de Gaulejac (Jodelet, 2006). La conception que nous retenons dans notre étude est la suivante :

la façon dont les personnes ressentent, dans leur for intérieur, une situation et la façon dont elles élaborent, par un travail psychique et cognitif, les retentissements positifs ou négatifs de cette situation et des relations et actions qu'elles y développent (Jodelet, 2006, p. 241).

Pour exprimer cette expérience vécue, nous avons conçu deux entretiens individuels inspirés du Groupe d'Implication et de Recherche (GIR) en sociologie clinique. Le GIR concilie les exigences de la recherche et de l'implication, permettant l'analyse des processus et du travail sur soi, tout en favorisant la réflexion théorique et la prise en compte de l'expérience vécue (Gaulejac & Laroche, 2020).

La « méthode des trois lignes » permet d'explorer séparément trois dimensions de l'expérience : sociale, organisationnelle et personnelle-familiale.

- La dimension sociale met en lumière les événements marquants de la période, tels que les informations sur la pandémie, les mesures sanitaires, les débats politiques et scientifiques, et certaines situations sociales.
- La dimension organisationnelle examine les transformations du travail hospitalier liées à l'urgence sanitaire, les dynamiques d'équipe, les conflits entre collègues et les interactions avec les instances institutionnelles.
- La dimension personnelle et familiale explore l'impact émotionnel, l'adaptation de la vie quotidienne et les tensions entre vie professionnelle et personnelle.

Cette approche permet une analyse approfondie de l'expérience vécue du travail sous différents angles, en tenant compte des multiples dimensions de l'impact de la pandémie. Cette méthode est conçue comme un espace de travail sur les conflits vécus rencontrés dans des situations sociales concrètes par les personnes concernées. La méthode d'analyse de l'implication « consiste à favoriser simultanément les capacités d'expression verbale et non verbale dans l'exploration des histoires personnelles et les capacités d'analyse collective du groupe » (Gaulejac, 2017, p. 53).

La démarche méthodologique

En raison de la distance et du décalage horaire, les entretiens ont été menés à distance via Google Meet. Chaque participant a pris part à deux entretiens individuels de 60 minutes suivis d'un groupe de discussion de 90 minutes réunissant les trois professionnels concernés. Cette méthodologie conjugue la singularité des vécus personnels avec la dynamique interactionnelle du groupe, enrichissant ainsi la

compréhension des phénomènes sociaux. Les sociologues cliniques qualifient cette interface entre l'intime et le collectif de dimension sociopsychique, soulignant la complexité des processus d'élaboration du sens au sein des expériences partagées (Hamisultane, 2022).

Les entretiens individuels menés avec chaque personne participante ont permis d'explorer divers aspects de leur expérience personnelle. Chacune a abordé son expérience vécue sous les angles professionnel, organisationnel et familial. Ces entretiens s'appuyaient sur une grille de questions inspirée de la méthodologie du Groupe d'Implication et de Recherche (GIR)⁴, favorisant l'analyse d'une expérience de travail complexe.

Dans un second temps, les trois personnes professionnelles ont participé à un groupe de discussion, encourageant l'interaction et l'élaboration collective de leur vécu. La perspective théorique clinique d'animation du groupe de discussion a été inspirée par les principes de la psychodynamique du travail (Dejours, 2016), la psychologie de groupe psychanalytique (Pichon-Rivière, 1985) et la clinique de l'activité (Clot, 2008).

Le premier entretien s'est appuyé sur la construction de trois lignes de temps retraçant l'expérience vécue sur les plans social, organisationnel et personnel-familial, une méthode issue de la sociologie clinique (Gaulejac & Laroche, 2020). Cette approche permet une reconstruction chronologique de l'expérience vécue, mettant en lumière les aspects controversés ou difficiles qui, sous l'effet des mécanismes défensifs⁵, peuvent avoir été refoulés ou oubliés. Les études socioanalytiques montrent en effet que la mémoire de la souffrance ou du traumatisme tend à altérer le souvenir des événements vécus (Gaulejac & Laroche, 2020).

L'entretien, de nature recherche-clinique, accompagne la personne interviewée dans un voyage d'introspection et de remémoration, tout en évitant une exposition traumatisante. Les connaissances antérieures, issues du dispositif d'intervention de 2020 (Balboa et al., 2022), ont permis de mener la recherche sur la base d'un transfert émotionnel favorable à l'échange de questions et de réponses basées sur l'expérience vécue⁶.

Avant l'entretien, les personnes participantes ont reçu une grille d'analyse qui leur permettait d'organiser une partie de leur expérience, dans un certain calme favorisant leur réflexion et leur introspection. Les dimensions proposées dans la grille étaient les suivantes :

- a) identification des événements sociaux les plus significatifs et réflexions associées possibles;
- b) événements organisationnels les plus significatifs et réflexions associées;
- c) événements familiaux les plus significatifs et réflexions associées.

L'entretien individuel progresse de manière fluide et non linéaire, suivant une dynamique en spirale ouverte (Pichon-Rivière, 1985), allant du social à l'organisationnel, puis au personnel. Cette approche permet de revenir sur certains

thèmes au fil de la discussion, affinant ainsi la clarté du récit et approfondissant la compréhension de l'expérience relatée. La méthode clinique dialogique distingue et analyse ces dimensions en fonction des implications des événements vécus et de leur signification personnelle.

Après le premier entretien, nous avons restructuré le contenu et effectué une première analyse thématique (Paillé & Mucchielli, 2021) en suivant les principes de « la thématization séquenciée » de Paillé et Mucchielli (2021, p. 275). La thématization séquenciée suit une démarche hypothético-déductive en deux temps : un échantillon du corpus est d'abord analysé pour élaborer une fiche thématique, ensuite appliquée à l'ensemble du corpus. L'ajout de nouveaux thèmes reste possible, mais limité afin de maintenir la cohérence méthodologique.

Cette réorganisation a servi de base pour le second entretien, visant à approfondir certains aspects du discours. Les questions posées favorisent l'intégration des dimensions cognitives et émotionnelles de l'expérience, permettant l'émergence de nouvelles associations et significations. Par exemple, face à un conflit intense avec une infirmière-chef ou un représentant syndical, la professionnelle est invitée à développer le récit de cette situation, à expliciter sa signification et à décrire comment elle a affronté les exigences psychologiques associées, facilitant ainsi la transition sociopsychique du récit (Gaulejac, 2017).

Le groupe de discussion visait à encourager les participants à approfondir leur réflexion sur leur expérience. En prenant du recul, ils pouvaient mieux intégrer certains aspects de leur vécu et se préparer à reprendre leur activité professionnelle avec une nouvelle perspective. Cette rencontre clinique avait pour objectif d'explorer les dimensions communes de leur expérience, tant sur le plan professionnel que personnel. Chaque participant a analysé son parcours en s'appuyant sur les réflexions des entretiens individuels, ce qui lui a permis de confronter différentes perspectives, d'échanger sur des situations partagées et de mieux comprendre son propre vécu.

Les participants ont synthétisé les principales conclusions des entretiens individuels, coconstruites par une approche méta-analytique de leur parcours. Cette réflexion collective, institutionnelle et personnelle visait à enrichir leur compréhension postpandémique du travail. Le groupe de discussion, encadré par des pairs et un expert, offrait un espace protégé favorisant l'élaboration psychique et atténuant les effets traumatiques.

Description du cas abordé dans l'article

Dans cet article, nous analysons le cas d'une psychologue, cheffe de l'unité de santé mentale hospitalière, en tant que travailleuse directe (Marx, 1968), dont l'activité est directement liée à la production. Contrairement aux postes de direction axés sur la gestion et le contrôle, les travailleurs directs ont moins de marge d'action.

La psychologue étudiée dirigeait l'unité de santé mentale d'un hôpital dans la zone centre-sud du Chili. Elle occupait ce poste depuis quinze mois et avait une évaluation

positive de la direction. Sur le plan personnel, elle était mère d'une adolescente et vivait avec son conjoint, devenu sans emploi dès les premières semaines de la crise sanitaire, faisant d'elle l'unique source de revenus et le principal soutien émotionnel de sa famille.

À la tête d'une équipe de six jeunes professionnels peu expérimentés, elle entretenait de bonnes relations avec la direction de l'hôpital. Face à l'urgence, elle s'est investie à différents niveaux d'intervention, multipliant les efforts pour répondre aux exigences d'une performance polyvalente.

Analyse des résultats

La « thématisation séquentielle », déjà décrite précédemment (Paillé & Mucchielli, 2021), de contenu des entretiens nous a permis de comprendre l'impact des transformations qui, tant sur le plan organisationnel que familial, génèrent une situation de grande tension et d'usure pour la professionnelle⁷.

À la fin de l'analyse des enregistrements des deux entretiens, nous avons obtenu cinq principaux thèmes :

- a) Transformations de l'activité professionnelle liées à la pandémie durant la période 2020-2021. Ce thème inclut les transformations vers un rôle polyvalent et l'augmentation de la charge de travail avec laquelle la professionnelle a dû composer pendant cette période;
- b) Situations difficiles vécues dans le cadre du travail hospitalier en contexte de pandémie. Ce thème inclut les principales situations difficiles vécues par la professionnelle sur les plans personnel et organisationnel;
- c) Effets sur la santé personnelle et le parcours professionnel. Ce thème inclut les principaux troubles de santé qui ont affecté la professionnelle;
- d) Réalisations professionnelles exceptionnelles effectuées dans le cadre de l'exercice de sa fonction professionnelle. Ce thème aborde les réalisations effectuées par la professionnelle et son équipe, qui ont constitué une réelle contribution à la gestion hospitalière;
- e) Réflexions sur les enjeux de la relation santé-travail dans un contexte de crise sanitaire. Ce thème aborde quelques réflexions de la professionnelle en relation avec son expérience du point de vue de l'impact subjectif de l'organisation de travail en contexte de pandémie.

Analyse thématique

Dans cette section, vous trouverez une description de chacun des thèmes principaux, accompagnée d'extraits élaborés à partir du guide d'analyse ainsi que de l'entretien effectué, qui servent de fondement à ces descriptions.

a) Transformations de l'activité professionnelle liées à la pandémie durant la période 2020-2021

La pandémie a doublé les tâches de la professionnelle, nécessitant une grande polyvalence et augmentant considérablement sa charge de travail. Elle a dû passer au

télétravail sans avoir le temps de planifier ni de former son équipe, sans formation adéquate ni contrôle des effets des modifications successives.

En mars, l'attention portée aux utilisateurs de PROSAM [programme santé mentale] par le biais d'appels téléphoniques et d'appels vidéo a commencé. J'ai dû réorganiser le système de soutien au centre d'appel pour informer la communauté, et parfois pour soutenir les utilisateurs émotionnellement affectés. Ce soutien à distance aux personnes infectées par la COVID ne pouvait pas être programmé par le personnel de la santé (en raison de l'extrême confidentialité), ce qui nous a permis d'avoir accès aux agendas afin de garder les informations du patient confidentielles (Personne interviewée, grille d'analyse, page 1, mars 2023).

Nous avons dû aider à la prise de température à la porte, appeler les patients dont les résultats COVID étaient négatifs, soutenir le travail des infirmières (Personne interviewée, grille d'analyse, page 5, mars 2023).

Par mes fonctions, j'avais des réunions régulières avec l'équipe de direction et l'équipe de santé mentale afin que tout le monde ait les mêmes informations sur ce qui se passait aux différents niveaux de l'hôpital (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

Avant la pandémie, ses fonctions de cheffe d'unité consistaient à gérer et à superviser l'unité de santé mentale, à coordonner et à exécuter les soins aux patients, et à diriger la gestion administrative. Elle devait également rencontrer fréquemment les autres chefs d'unité, les représentants syndicaux et l'équipe de direction de l'hôpital. Le Tableau 1 présente les changements de ses activités en lien avec la pandémie.

Avant la pandémie, ses fonctions de cheffe d'unité incluaient la gestion et la supervision de l'unité de santé mentale, la coordination et l'exécution des soins aux patients, ainsi que la gestion administrative. Elle rencontrait fréquemment les autres chefs d'unité, les représentants syndicaux et l'équipe de direction de l'hôpital. Le tableau présente les changements de son activité après le début de la pandémie.

b) Situations difficiles vécues dans le cadre du travail hospitalier dans le contexte de pandémie

Les entretiens ont permis d'identifier des « situations difficiles », personnelles et professionnelles vécues au travail. Cet exercice de remémoration, de distinction et de hiérarchisation d'expériences non systématiquement réfléchies auparavant a été révélateur et émouvant pour la participante. Pour systématiser l'analyse des résultats, ces expériences ont été organisées en deux groupes : sphère personnelle et sphère professionnelle.

b.1 Les situations difficiles sur le plan personnel

En premier lieu, l'inquiétude de contaminer sa famille a accompagné la professionnelle tout au long de ce processus. La confusion sur les modes de contagion, les changements

Tableau 1*Liste des tâches ajoutées pendant la pandémie COVID-19*

Avant la pandémie	Après le début de la pandémie
1. Diriger et superviser l'unité de services de santé mentale.	1. Diriger et superviser la transformation de l'unité de services de santé mentale pour les patients éloignés (télétravail et en face à face).
2. Collaborer avec le service de qualité de vie de l'hôpital.	2. Diriger et superviser l'unité de santé mentale dans le processus de duplication des fonctions de soutien pour le personnel affecté (télétravail et en face à face).
3. Collaborer avec la direction face aux demandes et plaintes des autres unités et du syndicat.	3. Soutenir émotionnellement et gérer le personnel de l'unité dans des situations difficiles, et organiser du travail.
	4. Collaborer avec le « Service téléphonique » de l'hôpital vers les usagers réguliers du service de santé mentale (télétravail).
	5. Collaborer avec le service de réponse téléphonique FONOCOVID (télétravail).
	6. Accompagner des personnes en quarantaine dans les maisons de soins COVID (télétravail) (crises de panique, sentiments dépressifs, idées suicidaires, plaintes auprès du système, etc.).
	7. Collaborer avec le service de qualité de vie de l'hôpital.
	8. Collaborer avec sa direction face aux demandes et plaintes des autres unités et du syndicat (télétravail sur site).

constants des directives sur les mesures prophylactiques hospitalières ont fait, de la peur d'être porteuse du virus, une source de souffrance permanente.

J'avais très peur de l'attraper, de contaminer ma famille, alors j'étais très prudente, très stricte. Je me souviens que lorsque je sortais en voiture (très rarement au centre-ville), j'avais peur d'ouvrir les fenêtres de peur de

l'attraper... c'était à cause du manque d'information que nous avions au début... J'avais peur de mourir et qu'A. (sa fille) souffre... J'avais tellement peur...(Personne interviewée, grille d'analyse, page 1, mars 2023).

Nous avons très peu vu mes parents, et lorsque nous sommes allés chez eux, nous sommes restés loin et sommes entrés par la porte de la cave (Personne interviewée, grille d'analyse, page 1, mars 2023).

Vivre avec l'incertitude constante d'infecter ma famille ou mes collègues nous a poussés à nous éloigner les uns des autres, à ne plus nous saluer et à éviter tout type de contact social ou émotionnel (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

Une deuxième situation difficile a été la séparation forcée d'avec sa fille adolescente, question qui a signifié un coup dur sur le plan émotionnel, surtout à cause de la culpabilité de sentir qu'elle « abandonnait » sa fille pendant des périodes prolongées et dans une atmosphère émotionnelle compliquée.

Les écoles ont cessé de fonctionner et ma fille est restée seule à la maison.

En raison du système de roulement, j'ai dû la laisser chez mes parents pendant des périodes de 15 jours d'affilée (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

Mes craintes se sont concrétisées... et elles ont grandi chaque fois que j'étais loin, chaque fois que j'entrais dans sa chambre et que je ne savais pas comment je la trouverais (Personne interviewée, grille d'analyse, page 7, mars 2023).

D'autre part, à cause de la pandémie, son conjoint a perdu son emploi. Jouant un rôle de soutien financier et émotionnel pour son conjoint, la professionnelle a été amenée à redoubler d'efforts pour adopter une posture où elle cachait ses sentiments et son angoisse.

Nous avons formé une famille de trois personnes et A. (son conjoint) est venu vivre avec nous. A. n'avait pas de travail à l'époque, à cause de la pandémie... Sa source de travail était de donner des cours à une population à risque, donc tout était suspendu... Il a été très affecté (Personne interviewée, grille d'analyse, page 3, mars 2023).

Sur le plan social, il est important de noter comment la professionnelle rapporte le sentiment de culpabilité associé aux supposés privilèges que son rôle professionnel lui conférait.

Je n'ai jamais utilisé mon accès préférentiel aux services publics ou aux magasins. J'avais l'impression que quelqu'un pouvait me dire quelque chose comme : « Vous êtes médecin? — Non, je suis psychologue — Alors pourquoi en profitez-vous, si vous n'avez pas vraiment été avec des

personnes atteintes de COVID? » (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

Comme certaines mesures spéciales visaient les fonctionnaires de la santé, elle craignait d'être victime d'une agression de la part d'autres personnes, ce qui l'a amenée à renoncer à certaines mesures susceptibles de faciliter ses déplacements et d'être ainsi disponible pour effectuer son travail.

Si ce sentiment de culpabilité peut, en partie, relever d'une stratégie défensive individuelle (Dejours, 2021), nous n'avons toutefois pas été en mesure d'en explorer pleinement les mécanismes au cours des entretiens⁸. Le manque de reconnaissance sociale et l'ambiguïté institutionnelle autour du rôle des professionnels de la santé mentale ont conduit à une faible valorisation de leur travail. La population ne percevait pas clairement l'importance de leur mission ni la légitimité de leur accès prioritaire aux services et ressources, au même titre que d'autres soignants. La santé psychique n'étant pas considérée comme une priorité, la professionnelle a vécu son expérience avec confusion et ambiguïté.

b.2 Situations difficiles vécues sur le plan organisationnel

Le récit de la professionnelle met en lumière la méconnaissance et l'invalidation du rôle des professionnels de la santé mentale par leurs collègues, un problème documenté au Chili depuis les années 2010 (Anseolaga et al., 2012). Selon elle, ce manque de compréhension et de validation de la santé mentale, considérée comme secondaire dans le système de santé chilien, existait avant la pandémie. Cette situation a été exacerbée par le télétravail, mal perçu par le personnel de « première ligne ».

Je me souviens d'une infirmière qui m'a réprimandée en me disant « Qu'est-ce que nous faisons, nous les psychologues... nous étions rentrés chez nous, nous aurions dû être là, mais nous ne l'étions pas. » Avec le télétravail, ils n'ont pas compris que c'était mieux pour nous de travailler comme ça, et que nous allions continuer à travailler (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

Ce fut une lutte difficile avec la direction, principalement de la SSBB [système de santé de la province] et d'autres professionnels de l'hôpital, car nous [professionnelles de la santé mentale] avions tous peur et ils devaient rester et ne voulaient pas que nous partions (Personne interviewée, grille d'analyse, page 4, mars 2023).

Lorsque je les ai vus [en référence aux personnes de son équipe de travail], nous avons ressenti le besoin de nous serrer l'un contre l'autre, mais nous ne pouvions pas le faire et nous devons prendre soin de nous-mêmes... Cependant, à un moment donné, nous nous sommes dits « Ça suffit, si nous prenons soin de nous-mêmes, nous pourrions nous serrer l'un contre l'autre », parce que nous nous manquions beaucoup l'un à l'autre (Personne interviewée, grille d'analyse, page 4, mars 2023).

Cette situation a lourdement pesé sur la professionnelle, responsable de l'unité, qui a dû faire face à des plaintes et critiques d'autres services. Elle a dû justifier et défendre la fonction de son équipe et les mesures prises pour assurer les soins primaires, en réponse aux directives sanitaires.

De plus, cette situation a rendu invisible la lourde charge de travail des psychologues de la santé publique, qui soutenaient les usagers des services de santé mentale pendant l'isolement. L'interruption des traitements psychologiques et pharmacologiques a aggravé l'angoisse des usagers, exacerbant leurs symptômes et augmentant leur dépendance au soutien psychologique de l'hôpital.

Dans la situation décrite lors de l'entretien, la professionnelle a dû, à plusieurs reprises, défendre la qualité de son propre travail ainsi que celle de son équipe, face aux critiques implicites ou explicites formulées par la responsable de l'équipe d'infirmières, situation qui a produit le sentiment d'impuissance de ne pas pouvoir bien faire son travail (Clot et al., 2021). Ce type de situations a généré une angoisse élevée et un profond malais pour la professionnelle, émotions accentuées par le manque d'engagement de l'hôpital concernant les effets de la surcharge de travail sur sa santé. L'institution n'a pas reconnu cette relation directe et ne couvre pas les coûts de son congé médical, causant un préjudice matériel et symbolique. Cela affecte la professionnelle émotionnellement.

« En 2021, on m'a diagnostiqué un trouble anxieux généralisé et une hyperthyroïdie. Cependant, mon congé est remis en question, car ma maladie n'est pas considérée comme une "maladie professionnelle" par l'institution. » (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

L'autre élément aggravant de ce fait organisationnel est la connaissance préalable qu'elle a du coût, pour un fonctionnaire, de faire valoir son droit à la couverture institutionnelle des problèmes de santé au travail.

Je me souviens qu'au moment de l'évaluation téléphonique de ma demande de congé maladie, on m'a dit : « Vous pensez que c'est personnel ou professionnel ? » Si j'avais dit professionnel, qu'aurais-je dit ? Comment expliquer tout ce que nous avons vécu ? Comment expliquer toute l'usure que vous avez subie ? Je ne me sentais pas capable de faire face à un interrogatoire... J'aurais préféré qu'ils n'enquêtent pas sur mon équipe, que la situation ne dégénère pas... Je n'aurais pas pu l'expliquer, et c'est parce que ce n'est pas compris... (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

Au Chili, la décision de lier une situation de santé au travail est souvent confiée à des organismes externes, principalement des sociétés privées qui évaluent les demandes de couverture selon des protocoles d'experts. Ces derniers soumettent les employés à des interrogatoires difficiles, les obligeant à prouver, par des témoignages et autres preuves, que leur état est directement lié à leur travail (Balboa et al., 2022). Cette

procédure engendre une lourde charge émotionnelle, car les employés doivent solliciter des témoins parmi leurs collègues, qui risquent d'être discrédités si leur témoignage est jugé suspect. Face à cette méfiance, la professionnelle a retiré sa demande, se retrouvant sans couverture médicale et devant assumer seule les frais de son traitement, créant une situation d'inégalité sociale par rapport à d'autres professionnels de la santé physique dont le lien entre la maladie et le travail a été reconnu.

c) Effets sur la santé personnelle et le parcours professionnel

La description des effets de l'activité professionnelle sur la santé mentale de la professionnelle révèle une détérioration progressive due aux exigences psychologiques du travail. Les symptômes, massifs et invalidants, ont conduit à un épuisement émotionnel affectant toutes les sphères de sa vie personnelle et professionnelle (Dejours, 2016) :

J'étais terrifiée à l'idée de retourner travailler là-bas... « Tout était noir », quand je conduisais ma voiture, j'imaginais qu'une tempête allait s'y déclencher (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

J'ai dû prendre une assurance-vie, qui durait jusqu'au 31 décembre. Si vous mouriez du COVID, ils vous donnaient 7 millions par famille, et vous deviez laisser un bénéficiaire. La peur constante de mourir, ce qui allait arriver à votre famille, ce qui allait arriver à ma fille (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

La nuit, je me réveillais en pleurant et je me mettais à fumer, je ne voulais pas rentrer chez moi [...], je devenais irritable (Personne interviewée, grille d'analyse, page 3, mars 2023).

Le débordement émotionnel survient souvent dans les moments de solitude, lorsque la résistance psychologique faiblit. Les idées catastrophiques et de mort prédominent, plongeant la professionnelle dans un profond sentiment de vulnérabilité et de panique. Cette accumulation d'effets mène à une grave affection psychosomatique chronique. Selon Dejours (2016), l'intensification de la tension due à la souffrance au travail réduit la capacité à éprouver du plaisir, conduisant à un épuisement organique et à des troubles somatiques (Dejours, 2021).

Cette situation personnelle, marquée par la détresse psychique et des symptômes psychosomatiques, en développant d'une maladie somatique chronique a conduit la professionnelle à suivre un traitement psychothérapeutique et psychiatrique face à l'impuissance de continuer à soutenir son travail.

J'ai développé des crises de panique et je n'ai pas pu continuer à travailler.

J'étais très en sueur depuis quinze jours, très anxieuse, je me sentais bizarre, il fallait que j'arrête, et j'ai failli avoir une crise de panique, j'ai essayé de me calmer, et je me suis dit que c'était la dernière chose qui m'attendait (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

J'ai commencé à prendre des médicaments pour contrôler mon hyperthyroïdie. Maintenant, j'ai une hypothyroïdie et je dois prendre des pilules, pour le reste de ma vie (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

Après vingt mois de travail pendant la pandémie, sa situation s'est conclue par un arrêt maladie et une démission à la fin de l'année 2021. Cette décision a marqué une rupture dans sa carrière, mettant fin à une trajectoire professionnelle ascendante et à un développement remarquable dans le système de santé local. Sa démission symbolise la fin de son projet professionnel et la révision de sa vie personnelle. Elle doit désormais affronter son deuil seule, loin de l'institution, en s'appuyant sur ses espaces de soutien psychothérapeutique.

d) Réalisations professionnelles exceptionnelles effectuées dans le cadre de l'exercice de sa fonction professionnelle

Une autre dimension de l'expérience professionnelle abordée lors de l'entretien concernait les actions marquantes de la professionnelle. Cette section visait à mettre en lumière le travail réel des professionnels de la santé, souvent ignoré en dehors de leur milieu. Parmi ses réalisations les plus valorisées, la professionnelle a souligné l'importance du rôle des travailleurs de la santé mentale pendant la pandémie : « Je ne sais pas si j'aurais pu faire autre chose, ils n'étaient pas conscients de la pertinence de cette partie du travail [la santé mentale], puis de nombreuses politiques ont été créées. »

Avant la pandémie, la professionnelle observait que la santé mentale était fréquemment reléguée au second plan par l'organisation hospitalière, y compris par d'autres spécialités médicales et même par le syndicat des travailleurs de la santé, ce qui contribuait à une sous-évaluation du travail accompli par les professionnels de ce domaine. Cela a entraîné des divergences lors de la réorganisation du travail pendant la pandémie, obligeant la professionnelle à défendre activement son rôle et celui de son unité (Viviers et al., 2021).

Cependant, elle reconnaît avec fierté que son intervention a contribué à la création d'instances axées sur la santé mentale des travailleurs de l'hôpital qui tiennent compte de nombreux arguments qu'elle avait avancés.

J'y suis allée avec le drapeau de notre projet (corridors thérapeutiques) et, de là, beaucoup d'idées ont été prises, des psychologues ont été embauchés dans le département pour contribuer au réseau d'autres villes, de sorte que nous puissions tous travailler correctement et que toute la responsabilité ne retombe pas sur les psychologues de la santé mentale (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

Selon la professionnelle, en 2023, après sa démission, une unité de soins de santé mentale a été créée avec des professionnels spécialement recrutés pour soutenir les usagers externes. Elle est également fière d'avoir dirigé le suivi et le soutien des autres

professionnels de l'hôpital en congé médical pendant la pandémie, avant de tomber malade elle-même :

En matière de qualité de vie du personnel, j'ai pu suivre les travailleurs qui étaient en congé de maladie, c'est bien qu'ils nous appellent, qu'ils fassent un suivi, comme je l'ai fait, qu'ils s'assoient avec nous (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

Elle considère qu'il était très important d'apporter ce soutien à ses collègues pour qu'ils se rétablissent rapidement, ce qui a été reconnu par les travailleurs eux-mêmes. Le paradoxe de cette situation est qu'elle n'a pas bénéficié d'un tel soutien de la part de l'organisation hospitalière et qu'elle a dû faire face sur une base individuelle à ses besoins personnels en matière de santé.

e) Réflexions sur les enjeux de la relation santé-travail dans un contexte de crise sanitaire

La dernière dimension abordée concerne les réflexions suscitées par l'expérience vécue visant à développer la conscience du travail effectué et à renforcer le « pouvoir d'agir » (Clot, 2008). La professionnelle apprécie la reconnaissance reçue de ses collègues, y compris ceux d'autres unités avec lesquels elle a eu des tensions et des divergences. Cette reconnaissance la réconforte et lui permet de valoriser son propre travail.

Je pense que j'ai bien travaillé [...], d'ailleurs mes collègues les plus proches m'ont dit que je leur manquais, que c'était dommage que vous ne soyez pas là et que j'avais envie d'être avec vous... Je vois une infirmière qui me rassure, me détend... On fait quelque chose, on a fait beaucoup de choses (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

Cette reconnaissance horizontale est très appréciée par la professionnelle et renforce son identité professionnelle, malgré sa démission et l'abandon de sa carrière. Selon Dejours (2016), cette reconnaissance, donnée par des collègues connaissant les exigences du travail réel, correspond à la reconnaissance de la beauté du travail.

La professionnelle réfléchit également au manque de reconnaissance de l'institution envers la fonction sociale et l'activité réelle des professionnels de la santé mentale en milieu hospitalier :

Il n'y a pas eu de renforcement pour nous, personne ne voit l'importance, peut-être que dans cette génération, c'est plus établi... Nous ne pouvons pas le comprendre, car nous ne faisons rien de tangible, ils vous en parleront, c'est difficile pour les gens de le comprendre (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

Je préfère l'ignorer [le manque de reconnaissance institutionnelle], sinon cela me met en colère, je suis dévalorisée, je suis une professionnelle, je m'occupe de la santé mentale, je me sens dévalorisée, il vaut mieux ne pas l'expliquer (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

Je me sens beaucoup plus forte, j'ai pris la décision de partir, ce qui a été difficile, et de me reconstruire, et j'espère que beaucoup de gens peuvent le faire (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

J'ai vraiment aimé ça [l'entretien], grâce à cela nous allons rendre les choses visibles, j'aime que nous en parlions, même si j'ai versé des larmes et tout le reste, ce ne sera pas sans effet; en montrant ce que nous avons traversé, d'une certaine manière nous allons être une voix, [car] beaucoup d'expériences [d'autres personnes travailleuses] seront sans effet [pleurs] et non reconnues par l'institution (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

Cette réflexion est pertinente pour la recherche présentée ici. Pour la professionnelle, le manque de reconnaissance sociale et institutionnelle a engendré une souffrance qu'elle a dû surmonter seule ou avec l'aide d'un professionnel, après sa démission et son départ de la fonction publique. Le besoin de compensation et de mise en lumière de son expérience est lié à la nécessité de reconnaissance symbolique pour ses collègues et elle, en raison de leur dévouement et de l'usure subie dans l'accomplissement de leur fonction en tant que professionnels de la santé mentale.

Enfin, elle observe l'absence de politiques de prévention en santé mentale destinées aux travailleurs de la santé mentale.

[Le problème] vient d'avant, quand la pandémie est arrivée, il n'y avait rien à faire, la façon de travailler était très délicate [...] s'il y avait eu une politique, la pandémie aurait été gérée différemment, il y aurait eu moins de problèmes. [...] s'il y avait eu une politique, la pandémie aurait été gérée différemment, il y aurait eu moins de dégâts, avant c'était comme une négligence totale dans beaucoup de choses, il n'y avait pas de soins, nous avons dû réapprendre, je ne sais pas si quelque chose de différent aurait pu se produire (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023).

La professionnelle souligne que la pandémie a mis en évidence l'absence historique de politique préventive. Elle est convaincue qu'une vision plus cohérente avec le modèle de santé mentale communautaire chilien aurait atténué le coût pour les travailleurs.

Enfin, elle insiste sur l'importance de laisser des témoignages de l'expérience vécue, comme celui recueilli dans le cadre de cette recherche qualitative, pour renforcer les politiques de prévention des problèmes de santé des travailleurs de la santé publique. Ces problèmes, exacerbés par la pandémie, ont un caractère historique et ne sont pas uniquement dus au contexte pandémique.

Discussion

La discussion se concentre sur l'objectif principal de notre article : analyser la pertinence de la recherche qualitative pour donner la parole aux personnes ayant vécu des situations d'inégalité en raison de leur activité professionnelle durant la pandémie. La recherche a

révélé un cadre institutionnel plaçant les professionnels, notamment ceux de la santé mentale, dans une situation de vulnérabilité largement méconnue du reste de la société.

Sur la situation institutionnelle avant la pandémie

Les entretiens révèlent la difficile situation des travailleurs de la santé mentale. Bien que cette lacune se soit accentuée pendant la pandémie, elle reflète une problématique structurelle ancrée dans les institutions publiques et le secteur de la santé, comme souligné par l'OMS en septembre 2020. Dans le cas étudié, la prévention primaire était insuffisante, et il manquait de dispositifs adéquats pour la prévention secondaire et tertiaire. Cela se traduit par l'absence de politiques de compensation efficaces pour les effets à moyen et long terme auxquels les travailleurs de première ligne en santé mentale sont confrontés.

La professionnelle a dû recourir à un suivi psychothérapeutique privé, qu'elle a financé elle-même, pour recevoir le soutien nécessaire face à la souffrance liée à son travail pendant la pandémie. Elle a été contrainte de financer son propre traitement psychologique et médical en raison du refus institutionnel de lui donner accès au soutien de prévention tertiaire. Cette situation met en évidence une contradiction du système, où les politiques de ressources humaines, axées sur une gestion managériale, sont inadéquates pour soutenir réellement les travailleurs dans de telles circonstances (Viviers & Maranda, 2018).

Le manque de reconnaissance sociale et organisationnelle de la fonction des professionnels de la santé mentale

Un deuxième point crucial des entretiens est le manque de reconnaissance sociale et organisationnelle des professionnels de la santé mentale. Souvent perçus comme offrant un service moins concret que la santé physique, ceux-ci voient la légitimité de leur fonction être remise en question et n'ont pas accès aux mêmes mesures exceptionnelles que les autres travailleurs de la santé. Ce phénomène, ancré dans des représentations sociales et culturelles dominantes (Jodelet, 2006), conduit les professionnels à intérioriser cette inégalité. Ils craignent d'être discrédités par la population et ressentent parfois un sentiment de culpabilité, comme des « imposteurs » profitant d'une situation d'urgence.

La situation décrite par la professionnelle sert d'« analyseur institutionnel » (Hess, 2016), révélant une inégalité structurelle où la santé mentale est reléguée au second plan par rapport à la santé physique. Les écrits scientifiques montrent que ce manque de reconnaissance ajoute à la souffrance au travail, affectant la satisfaction professionnelle et l'identité des travailleurs (Dejours et al., 2024). Cette inégalité sociale vécue par les professionnels de la santé mentale se reproduit également au sein de l'organisation hospitalière. La situation marquante décrite par la professionnelle, sur les expressions particulièrement virulentes exprimées par la directrice du service d'infirmier, a profondément heurté l'équipe de santé mentale. Cette réaction, perçue comme une forme de violence symbolique, a renforcé le sentiment d'invisibilisation du travail accompli en

santé mentale et a mis en lumière les tensions persistantes entre les différents niveaux hiérarchiques. Cela montre que la hiérarchie, tant institutionnelle que socioculturelle, se répercute dans les relations internes des équipes de santé, où le rôle des professionnels de la santé mentale est souvent nié ou méconnu par les responsables des secteurs plus traditionnels de la médecine et des soins infirmiers.

La fonction psychologique de l'entretien

Une autre ligne de discussion porte sur le rôle préventif de la recherche qualitative dans l'élaboration de situations de travail difficiles ou traumatisantes pour les travailleurs, notamment ceux confrontés à une souffrance intense due au risque imminent de mort ou de maladie, ainsi qu'aux injustices et inégalités institutionnelles.

L'entretien, dans le cadre de la sociologie clinique, révèle la fonction psychologique de la recherche qualitative pour la professionnelle en ouvrant un espace de dialogue où une expérience refoulée a pu émerger. Cette expérience faisait partie de situations difficiles défendues psychologiquement pour maintenir sa fonction professionnelle et protéger son environnement. La professionnelle explique que son rôle de conjointe et de mère, ainsi que l'isolement social imposé par la pandémie, ont limité les possibilités de dialogue, empêchant tout espace émotionnel et psychologique pour traiter la situation traumatique. À l'inverse, le dispositif d'audit pour l'accès au congé médical pour épuisement professionnel fait émerger le récit des faits, non pas dans une démarche préventive, mais comme une condition nécessaire pour obtenir un congé de maladie en pleine crise. L'espace créé par le groupe de discussion et l'entretien de recherche répond davantage à un besoin psychologique de la professionnelle, offrant un espace d'expression et de reconnaissance.

Selon les propres mots de la professionnelle, l'entretien de recherche devient une stratégie pour rendre visible la situation vécue dans les hôpitaux, « de l'autre côté du comptoir ou de la table de soins » (Personne interviewée, entretien individuel, 6 avril 2023). Son commentaire souligne la valeur de l'entretien comme une occasion de briser le silence auquel les professionnels sont soumis. Cette démarche, qui réaffirme la valeur de l'intervention de recherche, coïncide avec des observations similaires dans d'autres études sur la visibilité des situations d'injustice vécues par différents acteurs sociaux (Giguère & Handfield, 2021; Walker & Bryant, 2013). Elle semble avoir servi de source de compensation et de restitution sociale progressive pour la professionnelle, grâce au dialogue avec un tiers « neutre », en position d'écoute et d'analyse.

Cette fonction psychologique permet d'élaborer et de symboliser l'expérience vécue dans un contexte d'urgence, complexe et difficile, marqué par la proximité de la mort, l'angoisse et l'incertitude, ainsi que par une demande constante et presque illimitée. Ce contexte est également caractérisé par le déni et le report des travailleurs eux-mêmes, impactant leur bien-être et celui des autres. Mettre en mots l'expérience permet de lui donner du sens, de la mettre en perspective et de prendre du recul par rapport aux objets de travail — le risque de contagion, la menace de la mort — tout en

comprenant le coût des stratégies défensives (Dejours, 2016) déployées individuellement et collectivement (Gaulejac, 2017). La recherche qualitative, en favorisant l'expression, réduit la vulnérabilité des expériences invisibles et silencieuses imposées par l'ordre organisationnel, contribuant à atténuer la souffrance et à faire face au manque de reconnaissance sociale (Balboa et al., 2022).

De plus, le dialogue facilité par cette recherche qualitative joue un rôle clé dans la reconnaissance des efforts et performances exceptionnels de la professionnelle. En énumérant ses tâches et en identifiant les solutions créées pour pallier le manque de procédures et de ressources institutionnelles, cette recherche rend visible et valorise sa contribution et celle de son équipe. Ces solutions, qui ont permis de répondre à l'urgence, sont devenues de nouvelles ressources organisationnelles pour le futur travail hospitalier. Ce processus de reconnaissance sensibilise également l'organisation à la nécessité d'adapter et de mettre à jour les mesures de protection et de prévention pour le personnel de la santé, bien que cette prise de conscience soit encore partielle.

Limites de la recherche

Enfin, nous sommes conscient des limites de notre recherche, produite dans des conditions particulières. Comme le dispositif socio-institutionnel conçu pour soutenir les professionnels de « première ligne » (Balboa et al., 2022), notre recherche postpandémique a dû s'adapter à des circonstances spéciales.

L'analyse a été réduite à quelques entretiens individuels et à un entretien de groupe, alors que l'objet d'étude devenait plus intense et complexe, nécessitant une étude plus approfondie ou ouvrant de nouvelles pistes de recherche. Cependant, les conditions matérielles de temps et de distance ont permis une étude d'approximation et d'exploration du sens de l'expérience vécue pendant la pandémie. Des études longitudinales seraient utiles pour mieux comprendre l'impact de cette situation et son traitement inégal sur le plan institutionnel, sur la professionnelle interviewée et sur les nombreux professionnels dans différents pays.

Conclusion

Notre réflexion de conclusion s'articule autour de la valeur de la recherche qualitative pour comprendre la complexité des relations subjectives entre travail et santé, et pour mettre en lumière les inégalités sociales inhérentes à l'organisation du travail, notamment pour les professionnels de la santé en contexte pandémique.

L'approche qualitative de la clinique du travail et de la sociologie clinique nous permet d'accéder à la réalité vécue dans l'organisation du travail, où se révèlent les coûts humains associés au maintien d'une fonction sociale. Elle met également en lumière la nécessité de développer des stratégies d'inventivité comme dernier recours de résistance, lorsque l'organisation elle-même se trouve incapable de répondre aux défis en raison de ses contraintes bureaucratiques. Dans ces situations, les employés doivent souvent se soutenir eux-mêmes, menant à une surexploitation pour pallier l'incapacité structurelle de l'institution à les soutenir.

Par ailleurs, la recherche qualitative menée selon une approche de sociologie clinique a joué un rôle crucial en permettant la reconstruction de l'expérience vécue par une professionnelle confrontée à des défis extrêmes en raison d'une situation sociale dramatique. Cette démarche a offert une fenêtre sur la crise existentielle vécue par cette professionnelle, transformant cette expérience en « analyseur institutionnel » (Hess, 2016) de l'organisation du travail dans le secteur de la santé publique. La recherche met ainsi en évidence les conditions de souffrance, d'inégalité et d'injustice auxquelles ces travailleurs ont été confrontés.

Ainsi, l'approche qualitative de la sociologie clinique et de la clinique du travail permet non seulement de mieux comprendre les effets sociohistoriques complexes d'événements tels que la pandémie, mais aussi de révéler comment ces événements ont affecté les individus, souvent en dehors du champ de la reconnaissance institutionnelle. Elle offre une perspective unique sur les inégalités et les injustices vécues par ceux qui, malgré leur rôle crucial, sont systématiquement marginalisés dans le récit collectif des crises sanitaires au Chili.

Notes

¹ L'étude de Correia da Silva mentionne : « Par exemple, des agents de santé ont été attaqués avec des œufs et agressés physiquement au Mexique et ont été battus, lapidés et expulsés de leur domicile en Inde. » (Correia da Silva et al., 2022, p. 792).

² L'équipe était composée d'un psychiatre, d'un sociologue, de trois psychologues cliniciens et de deux psychologues sociaux. La coordination de cette équipe a été assurée par l'auteur de l'article — originaire du Chili — qui effectuait ses études doctorales dans la ville de Québec, au Canada.

³ Le travail a été mené dans quatre hôpitaux. Dans deux d'entre eux, l'intervention a duré quelques semaines, impliquant environ huit travailleurs par hôpital. Dans les deux autres, l'intervention a duré plus de six mois, engageant un groupe de dix professionnels formés à la technique de groupe et bénéficiant d'un soutien socioémotionnel. Ces professionnels ont ensuite reproduit le dispositif auprès de leurs collègues, impliquant environ 50 personnes réparties entre les deux hôpitaux. Au total, environ 70 personnes ont participé, dont une vingtaine ont bénéficié de soins continus pendant près de six mois (Balboa et al., 2022).

⁴ La grille d'entretien, centrée sur la remémoration de l'expérience vécue, est conçue pour faire émerger des repères significatifs. Les premières questions identifient des événements marquants selon une triple entrée — sociale, organisationnelle et personnelle. Ensuite, l'entretien approfondit ces situations en articulant faits concrets et ressentis émotionnels. Ce dispositif conversationnel permet de révéler des dimensions latentes de l'expérience, souvent reléguées à l'arrière-plan, rendant accessibles des éléments enfouis dans l'inconscient (Hamisultane, 2022).

⁵ Les mécanismes de défense décrits par V. de Gaulejac, issus de la théorie freudienne, impliquent le refoulement des expériences psychiquement douloureuses pour atténuer leur charge affective. Ce refoulement secondaire peut être partiellement levé dans un cadre analytique propice à la

parole. Lorsque les conditions conversationnelles suspendent temporairement les efforts d'évitement, il devient possible de réactiver un souvenir enfoui et de le porter à la conscience par la verbalisation. Ce processus est essentiel dans la dynamique de subjectivation et d'élucidation du vécu (Gaulejac & Laroche, 2020).

⁶ L'idée de transfert positif, issue du cadre clinique psychanalytique, souligne l'importance d'établir une alliance entre l'interviewé et l'interlocuteur pour réduire les résistances psychiques. Cette alliance encourage l'analyse et l'introspection, permettant d'évoquer plus richement les dimensions de l'expérience vécue. L'interviewé projette sur l'enquêteur une confiance, rendue possible par le sentiment de sécurité psychologique instauré par le dispositif d'entretien (Gaulejac & Laroche, 2020).

⁷ Note sur la méthodologie : nous avons choisi de centrer notre analyse sur le récit issu de l'entretien individuel, en raison de la complexité de l'analyse des entretiens de groupe. La dynamique interactionnelle des groupes implique une hétérogénéité des positions des participants influençant la prise de parole et les marges de manœuvre discursives. Rendre compte de cette pluralité de rapports de pouvoir et de légitimité aurait nécessité un cadre analytique plus large. Ainsi, nous avons opté pour une délimitation plus restreinte de notre objet d'étude afin de garantir la cohérence et la rigueur de l'analyse.

⁸ Stratégies défensives, conceptualisation qui constitue un apport original de la psychodynamique du travail dans le champ des cliniques du travail : « Les travailleurs élaborent des stratégies défensives (individuelles et/ou collectives) pour se défendre de la souffrance vécue dans la confrontation avec les activités, et ces stratégies permettent de tenir au travail, de continuer à travailler, de rester "normal". » (Dejours et al., 2024, p. 16)

Références

- Alvarado, R., & Mascayano, F. (2021). The mental health of health workers during the COVID-19 pandemic. *Pan American Health Organization*, (31). <https://www.paho.org/en/disasters-newsletter-no131-mental-health-health-workers-during-covid-19-pandemic>
- Alvarado, R., Ramírez, J., Cortés, M., Aguirre, J., Bedregal, P., Allel, K., Tapia-muñoz, T., Burrone, M. S., Cuadra-Malinarich, G., & Goycolea, R. (2021). El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: Datos iniciales de The Health Care Workers Study [L'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des travailleurs de la santé au Chili : données initiales de l'étude The Health Care Workers Study]. *Revista Médica de Chile*, 149(8), 1205-1214.
- Ansoleaga, E., Artaza, O., & Suárez, J. (2012). *Personas que cuidan personas: Dimensión humana y trabajo en salud* [Des personnes qui prennent soin des personnes : dimension humaine et travail en santé]. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

- Balboa, M., Alvial, W., Ramenzoni, R., Cuevas, M., Zuleta, P., & Agurto, P. (2022). Hospitales en transformación: transformaciones de la organización del trabajo en hospitales chilenos en contexto de pandemia covid-19. Dans P. Cea (Éd.), *Trabajo y Organizaciones en Transformación [Travail et organisations en transformation]*. RiL Editores.
- Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Presses universitaires de France.
- Clot, Y., Bonnefond, J.-Y., Bonnemain, A., & Zittoun, M. (2021). *Le prix du travail bien fait : la coopération conflictuelle dans les organisations*. La Découverte.
- Correia da Silva, A. T., Mascayano, F., Valeri, L., de Medeiros Jr, M. E., Souza, M. P. E., Ballester, D., Cavalcanti, M. T., Martínez-Alés, G., Moro, M. F., van der Ven, E., Alvarado, R., & Susser, E. (2022). COVID-19 pandemic factors and depressive symptoms among primary care workers in São Paulo, Brazil, October and November 2020. *American Journal of Public Health*, 112(5), 786-794.
- Dejours, C. (2016). La méthodologie en psychopathologie du travail. *Travailler*, 35(1), 125-144.
- Dejours, C. (2021). L'énigme psychosomatique : essai de conceptualisation. *Revue Française de psychosomatique*, 60(2), 65-84. <https://doi.org/10.3917/rfps.060.0065>
- Dejours, C., Le Lay, S., Lemozy, F., & Gernet, I. (2024). *Les effets subjectifs des « nouvelles » organisations du travail*. Institut de psychodynamique du travail-ASTI. <https://hal.science/hal-04689654v1>
- Gaulejac, V. de, (2017). Construire un espace clinique entre sociologie et thérapie. Dans C. Coquelle, V. de, Gaulejac, & B. Cyrulnik (Éds), *La part de social en nous : sociologie clinique et psychothérapies* (pp. 37-60). Érès.
- Gaulejac, V. de, & Laroche, D. (2020). Sociologie clinique et santé mentale. *Sociedade e Estado*, 35(1), 19-38.
- Giguère, N., & Handfield, S. (2021). Faire la preuve des choses invisibles : les impacts du processus d'accès au programme de solidarité sociale sur les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 32(1), 195-217. <https://doi.org/10.7202/1080876ar>
- Gouvernement du Canada (2024). *COVID-19 : pour les professionnels de la santé. Renseignements sur la COVID-19 à l'intention des physiciens, du personnel infirmier, des pharmaciens et des autres fournisseurs de soins de santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/syndrome-post-covid-19.html>

- Hamisultane, S. (2022). Clinical sociology and anti-oppressive approach: Deepen reflections on the social work research posture in a context of interculturality in Canada. *Clinical Sociology Review*, 17(1), 83-104. <https://doi.org/10.36615/csr.v17i1.1340>
- Hess, R. (2016). L'analyse institutionnelle, une sociologie d'intervention : socianalyse et analyse interne. Dans L. Negura, J.-S. Deslauriers, S. Viviers, Y. Le Bossé, & M.-F. Maranda (Éds), *L'intervention en sciences humaines : l'importance des représentations* (pp. 129-148). Presses de l'Université Laval.
- Jodelet, D. (2006). Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. Dans V. Hass (Éd.), *Les savoirs du quotidien. Transmissions, appropriations, représentations* (pp. 235-255). Les Presses universitaires de Rennes. https://www.researchgate.net/publication/289066405_Place_de_l'experience_vécue_dans_les_processus_de_formation_des_representations_sociales
- Li, Y., Scherer, N., Felix, L., & Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 16(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>
- Marx, K. (1968). *Le capital. Livre I*. Gallimard.
- Masó, J. R. H., & Ferrer, R. L. (2023). Impactos psicológicos y emocionales de la COVID-19 en la salud mental de trabajadores de la salud [Impacts psychologiques et émotionnels de la COVID-19 sur la santé mentale des travailleurs de la santé]. *Revista Española de Educación Médica*, 5(1). <https://doi.org/10.6018/edumed.591161>
- Menon, V., Padhy, S. K., & Pattnaik, J. I. (2020). Stigma and aggression against health care workers in India amidst COVID-19 times: Possible drivers and mitigation strategies. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(4), 400-401.
- Ñamendys-Silva, S. A. (2020). Health care workers on the frontlines of COVID-19 in Mexico. *Heart & Lung*, 49(6), 795. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.09.005>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5^e éd.). Armand Colin.
- Pichon-Rivière, E. (1985) *El proceso Grupal. Del psicoanálisis a la psicología social* [Le processus groupal : De la psychanalyse à la psychologie sociale]. E. Nueva visión.
- Saavedra Soto, M. C. (2023). *Efectos de la pandemia en la salud mental : el caso de Chile. Tesis de Magister en Economía* [Effets de la pandémie sur la santé mentale : le cas du Chili. Mémoire de Master en Économie]. Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/193032>

- Toro-Devia O., Solis-Araya, C., Soto-Brandt, G., Sepúlveda-Queipul, C., Pino, P., Loyola, F., Irarrazaval, M., Thornicroft, G., Hanlon, C., & Alvarado-Muñoz, R. (2023). Adverse sequelae of the COVID-19 pandemic on mental health services in Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47(87), 1-9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.87>
- Viviers, S., Dionne, P., & Supeno, E. (2021). Guidance counsellors' work as a transformative activity: Supporting social justice through advocacy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 51(6), 765-780. <https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1946010>
- Viviers, S., & Maranda, M. F. (2018) Clinique du travail et politisation de la souffrance. Dans I. Fortier, S. Hamisultane, I. Ruelland, J. Rhéaume, S. Beghdadi (Éds), *Clinique en sciences sociales : sens et pratiques alternatives* (pp. 213-224). Presses de l'Université du Québec.
- Walker, G., & Bryant, W. (2013). Peer support in adult mental health services: A metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 28-34. <https://doi.org/10.1037/h0094744>
- World Health Organization (2023). *Fourth round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November 2022—January 2023: interim report, 1 May 2023*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/367352>

Juan Marcelo Balboa Gallardo est candidat au doctorat en sciences de l'orientation à l'Université Laval. Il est également boursier du FRQSC, chercheur postdoctoral à l'Université de Sherbrooke (2025 – 2027). Membre-étudiant du comité scientifique du CRIEVAT. Psychologue clinicien à l'Université du Chili, spécialisé dans le domaine de la clinique du travail et de la clinique de groupe.

Pour joindre l'auteur :
juan-marcelo.balboa-gallardo.1@ulaval.ca

La mobilisation des diagnostics médico-psychologiques en sociologie : un passage obligé?

Isabelle Jacques, Doctorante

Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Stéphanie Pache, Ph. D.

Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Patrick Dubé, B. Sc. Soc.

Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Résumé

Cet article présente une réflexion sur la mobilisation de catégories diagnostiques médico-psychologiques dans le cadre d'études qualitatives. Nous proposons une analyse réflexive des approches qui tendent à mettre au centre de leurs recherches les grilles diagnostiques comme manière de saisir les individus et leurs défis. À partir de lectures et travaux autour de ces objets, ce texte offre : 1) un bref rappel de la constitution de la sociologie de la santé mentale et de la place des catégories diagnostiques dans ce sous-champ sociologique; 2) une série de réflexions critiques sur la mobilisation de ces catégories dans la production scientifique contemporaine en sciences sociales; 3) des propositions pour prendre en compte de façon pertinente les effets de la mobilisation de catégories médico-psychologiques dans les différentes étapes du processus de recherche.

Mots clés

MOBILISATION DES DIAGNOSTICS, SANTÉ MENTALE, ÉPISTÉMOLOGIE, RECHERCHE QUALITATIVE

The use of medical-psychological diagnoses in sociology: a necessary step?

Abstract

This article discusses the use of medical-psychological diagnostic categories in qualitative studies. We offer a reflective analysis of approaches that tend to frame their studies around diagnostic categories as a way of understanding individuals and their challenges. Based on scientific literature and our own scholarship on these topics, this text offers 1) a brief overview of developments in the subfield of mental health sociology and the place of diagnostic categories

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 44(1), pp. 84-106.

INÉGALITÉS SOCIALES ET SANTÉ MENTALE : APPORTS, DÉFIS ET CONTRAINTES DE LA RECHERCHE QUALITATIVE

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

© 2025 Association pour la recherche qualitative

within it; 2) a series of critical comments on the use of these categories in contemporary scientific production in the social sciences; 3) proposals for taking into account in a relevant way the effects of the use of medical-psychological categories at the different stages of the research process.

Keywords

USE OF DIAGNOSES, MENTAL HEALTH, EPISTEMOLOGY, QUALITATIVE RESEARCH

Introduction

Cet article propose une réflexion épistémologique mettant de l'avant la pertinence de penser les conditions de production de la recherche qualitative lorsque sont mobilisés des diagnostics médico-psychologiques. Nous observons en sciences sociales une tendance à produire des études sur des populations qu'on identifie à partir de leurs diagnostics spécifiques (personnes autistes, TDAH, bipolaires, etc.) ou par des catégories telles que personne « souffrant de trouble mental » ou « avec des problèmes de santé mentale ». Bien que ces études permettent de décrire et de faire reconnaître les vécus des personnes identifiées par ces étiquettes, des questions demeurent quant aux limites de celles-ci sur la prise en compte du substrat social des trajectoires individuelles, d'une part, et d'autre part de la matrice sociopolitique et institutionnelle dans laquelle sont configurées ces catégories diagnostiques. La construction d'un objet de recherche à partir de catégories diagnostiques désignant des personnes étudiées implique des enjeux non seulement éthiques, mais scientifiques. La mobilisation de ces catégories soulève notamment des questions épistémologiques sur les manières de penser leurs intrications avec les enjeux sociaux, les réalités institutionnelles, les pratiques sociales, autant que les trajectoires des individus qu'elles désignent ou qui les mobilisent.

Depuis quelques années, on retrouve la notion de trouble de santé mentale hors de son champ psy*¹ d'origine, tant dans les interactions institutionnelles (octroi de services et d'accommodements, production de guides pour l'inclusion au travail ou à l'école, etc.) que par les individus (pour se comprendre, expliquer un vécu, s'identifier ou identifier autrui). Cette appropriation du « langage de la santé mentale » (Ehrenberg, 2004) complexifie la manière de faire de la recherche et invite à mobiliser les apports de la pensée sociologique concernant l'individu et son rapport au monde, ainsi qu'à réfléchir aux effets de certaines pratiques en recherche qui sont à risque de reproduire des inégalités systémiques.

Le point de départ de cet article émerge de récurrences observées au fil de nos lectures et de nos travaux de recherche en sociologie. Si nous écrivons depuis cet ancrage disciplinaire, la réflexion proposée est applicable à d'autres disciplines. C'est en partageant certains constats, et parfois quelques stupéfactions, que nous est venue l'idée de cette réflexion sur la mobilisation des diagnostics dans les recherches qualitatives en sciences sociales. Cette réflexion ne peut, selon nous, se faire de manière indéterminée et devrait être maintenue en itération à chaque étape de la recherche. Sans ce travail, le

risque est grand de participer à la réification, à la réduction de la complexité, à l'homogénéisation des vécus, ou encore à la chronicisation des états décrits.

Nous revenons dans un premier temps sur les dimensions institutionnelles et scientifiques des recherches en sociologie de la santé mentale. Ensuite, nous répertorions les enjeux identifiés dans la mobilisation acritique des catégories diagnostiques, avant de proposer des pistes de réflexion pour éviter les écueils discutés.

Un contexte disciplinaire et institutionnel

La sociologie de la santé mentale est un sous-champ de la sociologie qui s'est constitué avec l'émergence du concept de santé mentale, qui a lui-même une histoire récente et n'est apparu comme référent de politiques publiques nationales et internationales qu'à partir des années 1940 (Doron, 2015). La sociologie comme discipline s'est cependant préoccupée de phénomènes englobés sous ce vaste chapeau dès ses débuts au XIX^e siècle, en cherchant précisément à se distinguer d'une discipline qui se développait en même temps qu'elle : la psychologie. L'analyse sociologique a été définie et testée contre l'analyse psychologique, comme dans l'étude de Durkheim sur le suicide (Durkheim, 1897). Ceci conduit des sociologues à affirmer que la santé mentale est donc le terrain par excellence de la sociologie (Busfield, 2000).

Le questionnement sociologique des institutions et des comportements catégorisés par la psychiatrie est présent dès les débuts de la discipline avec la sociologie de la déviance de Durkheim, qui démontre alors la construction sociale des normes comportementales dites pathologiques ou déviantes, comme le crime, jusqu'aux travaux de l'École de Chicago, comme ceux d'Howard Becker (1963) et sa théorie de l'étiquetage ou d'Erving Goffman (1963) sur le stigmat. La sociologie de la déviance a ainsi offert un premier cadre théorique critique montrant la production sociale des étiquettes pathologiques et le rôle social des diagnostics psychiatriques. Dans les années 1960, les sociologues prennent également la mesure du pouvoir psychiatrique et contribuent à la critique antipsychiatrique², comme Goffman et son analyse d'un asile comme institution totale (Goffman, 1961/1968) ou, un peu plus tard en France, Robert Castel (1976). Il y a eu ainsi une sociologie de la psychiatrie et un courant critique du pouvoir psychiatrique avant de voir apparaître une sociologie de la santé mentale à la suite de l'institutionnalisation de son objet. Ses différentes approches et études sont cependant en dialogue et leur filiation respective peut être établie aisément en parcourant leurs références et celles des travaux contemporains qui s'inscrivent explicitement dans ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui la sociologie de la santé mentale.

La sociologie de la santé mentale

La santé mentale est un champ d'action professionnelle et politique qui naît après la Deuxième Guerre mondiale en fédérant diverses activités préexistantes à ce terme. Notamment, le concept de santé mentale remplace alors la notion d'hygiène mentale dans une approche dite positive qui veut « éviter le conformisme et la soumission à

certains milieux totalitaires » (Doron, 2015, p. 8), tout en cherchant à promouvoir des relations humaines harmonieuses. Doron (2015) argumente que ce nouveau concept relève d'une stratégie de pacification sociale refusant, voire niant, les conflits sociaux et politiques. De fait, comme le montre l'historienne Ellen Herman pour les États-Unis, les sciences comportementales deviennent une expertise légitime et recherchée et opèrent comme de véritables technologies sociales (Herman, 1995). Ce rôle social en fait une cible de la critique politique et un objet d'analyse sociologique.

Plusieurs sociologues ont cherché à démontrer le développement d'une véritable « culture psychologique » (Castel, 1981) dans les sociétés occidentales contemporaines, ainsi que les processus de psychologisation des rapports sociaux qui y sont associés (Demailly, 2006; Pache & Mathieu, 2023). Le sociologue français Alain Ehrenberg, l'un des auteurs importants du champ en francophonie, propose une sociologie de la santé mentale épistémologiquement cohérente en traitant le langage psychologique et les pratiques psy* comme autant de phénomènes sociaux à comprendre dans leurs dimensions collectives (Ehrenberg, 1998, 2010). D'autres s'inscrivent dans une sociologie des individus inspirée des propositions de Michel Foucault et voient dans la diffusion de l'interprétation psychologique de l'expérience et des relations sociales un mode particulier de subjectivation des individus, notamment individualiste, voire dépolitisée. La sociologie de la santé mentale est ainsi un vaste champ défini par un objet diffus qui semble se glisser dans tous les recoins de l'expérience sociale, ce qui en fait l'une de ses particularités et de ses forces.

Le diagnostic psy en sociologie*

Les différents traitements sociologiques des catégories psychiatriques illustrent la diversité des approches épistémologiques, mais traduisent aussi une réalité sociale changeante au cours des dernières décennies. Ainsi, la critique antipsychiatrique des années 1960 a rattaché le diagnostic psychiatrique à une étiquette stigmatisante ratifiant des interventions institutionnelles contraignantes, voire liberticides : enfermement décidé par la justice et/ou la médecine, traitement pharmacologique ou psychothérapeutique contraint, etc. Cette critique a été le fait de mouvements de personnes psychiatisées revendiquant le maintien de leurs droits individuels et collectifs, tout en dénonçant la discrimination subie et la mauvaise science servant à la justifier. L'anthropologue Athena McLean a montré comment cette critique de la psychiatrie s'est affaiblie aux États-Unis depuis les années 1980 pour se transformer en un mouvement de « personnes consommatrices » de la psychiatrie (McLean, 2009). Cette évolution réformatrice de la critique est visible dans la réorganisation des personnes autour des étiquettes diagnostiques précédemment rejetées. En reformulant les catégories psychiatriques sous forme de listes de critères, la troisième révision du manuel de la psychiatrie étasunienne, le *DSM* (American Psychiatric Association, 1980), a

contribué à cette tendance en favorisant la pratique de l'autodiagnostic (Demazeux, 2013).

La situation des diagnostics dans le champ contemporain de la santé mentale a évolué, et leur critique également. Les positions politiques plaçant les personnes psychiatisées en antagonisme du pouvoir psychiatrique sont troublées par ces changements. La catégorie diagnostique, auparavant une étiquette illégitime et pathologique marquant la déviance – donc stigmatisante et outil de domination –, peut aujourd'hui également constituer une identité revendiquée, qui donne sens à son expérience au point que certaines personnes se l'attribuent elles-mêmes sans passer par une évaluation médico-psychologique. Ce phénomène intéresse d'autant plus les sociologues que les catégories diagnostiques sont même devenues une raison de se rassembler, un mode de socialisation, ce qu'on peut appeler un motif de « sociabilité » (Renou, 2020). Par analogie avec le concept de « biosocialité » de Rabinow (2010), on peut ainsi parler aujourd'hui de *psychosocialité*.

Dans ce nouveau contexte, les débats et les actions se font plus rarement contre la psychiatrie et les sciences psychologiques, mais prennent place au sein du champ entre différents courants de celles-ci et les parties prenantes. Les catégories diagnostiques ne sont plus autant dénoncées comme un problème en soi, mais font l'objet de critiques sur leur scientificité ou sur leurs critères plus ou moins excluant. De façon aussi intéressante, des catégories psy* apparaissent hors des disciplines médico-psychologiques, non validées par des recherches et sans consensus : la catégorie de « personne hypersensible » ou « hypersensibilité » est ainsi devenue très populaire, bien qu'issue de travaux de recherche minoritaires et sans reconnaissance formelle (Maignan, 2024). On voit ainsi tout l'intérêt de s'intéresser sociologiquement aux diagnostics pour ce que leurs usages disent des individus sociaux que nous sommes.

Une sociologie de la santé mentale et de ses catégories est donc nécessaire et bienvenue, quand elle questionne cependant ces diagnostics comme des productions sociales inscrites dans un contexte sociohistorique particulier et faisant l'objet d'usages sociaux. Il est ainsi important de veiller à ne pas céder à une perspective progressiste qui considère la santé mentale comme une version évoluée de la psychiatrie. Cette vision peut conduire à penser qu'un progrès certain et suffisant a été réalisé au cours des transformations des institutions psychiatriques, notamment en laissant de côté le vocabulaire de la folie, de l'aliénation et de la psychopathologie. D'abord parce qu'elle est irréaliste : le changement n'est pas aussi radical. Mais aussi parce que des jugements de valeur de ce type nous rendent aveugles aux remaniements des enjeux de pouvoir dans un champ qui n'a pas moins vocation d'ordonner le social que ses formulations précédentes. Au contraire, la notion de santé mentale a étendu le champ d'action des catégories psy* et multiplié les professions, ainsi que les acteurs et les actrices du champ, du travail social au *coaching* personnel, multipliant encore ce langage et ses catégories

diagnostics. Les travaux en sociologie de la santé mentale ne perdent donc rien de leur pertinence et permettent de comprendre ces transformations sociales.

Influences institutionnelles

Face à cette tradition sociologique critique des catégories diagnostiques de la psychiatrie et de ses disciplines apparentées, la prévalence des travaux se réclamant actuellement de la sociologie de la santé mentale ou s'y référant, mais mobilisant les diagnostics ou la notion de trouble sans recul critique, ne saurait être expliquée uniquement par des facteurs individuels affectant les chercheuses et chercheurs, par exemple des erreurs ou des préférences personnelles explicites. Peut-on au contraire mettre en évidence des conditions qui favorisent ce type d'approches? Sans prétendre avoir conduit une étude systématique de ces travaux ni des infrastructures de la recherche québécoise et francophone, il nous semble possible de dégager quelques pistes et hypothèses sur la base de nos observations et de notre expérience des institutions scientifiques et universitaires.

Politiques gouvernementales de la recherche

Comme le relève Doron (2015), la santé mentale est un concept intrinsèquement lié aux institutions publiques et à une volonté de fédérer la gouvernance des services concernés, y compris de la recherche. L'extension de son champ est corollaire de l'attention des États à cet enjeu. La volonté d'intervention publique en matière de santé mentale se traduit également par des budgets pour la recherche et des programmes de financements spécifiques sur ce sujet. L'essentiel des recherches financées relève des disciplines psychologiques et d'intervention, comme le domaine du travail social. Cependant, les chercheuses et chercheurs en sciences sociales sollicitent également cette manne financière. Autonomes ou en collaboration avec le champ psy*, ces personnes candidates à des financements se trouvent ainsi contraintes de reprendre les catégories gouvernementales, qui généralement reprennent les diagnostics médico-psychologiques. L'implication des sciences sociales dans les recherches en santé mentale est également renforcée par l'appel à analyser les « déterminants sociaux » des problèmes de santé mentale, un vocabulaire issu de la santé publique au sens équivoque³.

Les transformations des politiques universitaires et du financement de la recherche ont conduit à une approche capitaliste de plus en plus utilitariste de la production de savoirs. Au détriment de la recherche fondamentale, surtout en sciences humaines et sociales, c'est ainsi la recherche appliquée et les évaluations d'interventions publiques qui trouvent grâce auprès des financeurs. Mais jouer le jeu des politiques publiques contemporaines, c'est encore bien souvent reprendre l'approche médico-psychologique de la santé mentale et ses catégories diagnostiques.

Politiques scientifiques

Dans le même esprit utilitariste, même si cela semble également relever d'une mode vue comme progressiste, il est de bon ton d'inclure des « personnes concernées » ou « usagères » des services étudiés dans les recherches contemporaines en sciences sociales, comme le symbolise le slogan historique *rien sur nous sans nous*, repris notamment dans les années 1990 par les associations de défense des droits des personnes en situation de handicap. Les voix des personnes psychiatisées ont été invisibilisées ou minorisées, il est donc bienvenu que les travaux en sciences sociales s'intéressent à ce que ces personnes ont à dire et à proposer. Ce que ce « nous » veut dire dans le slogan n'est pas si évident cependant⁴, et déterminer qui seraient les partenaires légitimes et représentatifs de ces recherches partenariales ou participatives s'avère un point hautement problématique. Les contraintes administratives de ce type de partenariat (limites de temps et de ressources financières) favorisent néanmoins des organismes déjà suffisamment institutionnalisés et donc, souvent, ceux qui parlent le langage des diagnostics qui domine le champ de la santé mentale. Si les pratiques de constitution des groupes étudiés sont rarement documentées de manière détaillée dans les travaux publiés (processus de recrutement, profil des personnes ciblées et personnes exclues, etc.), nous constatons une certaine homogénéité des propos rapportés dans les études, ce qui évoque des lacunes dans le recrutement. Cette situation a pour conséquence d'exclure les récits qui s'écartent du discours majoritaire, qui peuvent cependant être observés sur des terrains construits autrement.

Si les recherches partenariales peuvent amener d'autres perspectives et contribuer à mettre en place des politiques publiques pertinentes, elles ne sauraient cependant représenter la panacée en termes de production de savoirs, notamment dans un contexte propice à la fétichisation et à l'essentialisation des identités sociales : la hiérarchie des expertises qui s'y opèrent parfois peut les transformer en simple consultation du terrain ou en documentation non problématisée des positions des personnes concernées. En sociologie de la santé mentale, cela peut se traduire autant par la reprise non problématisée des diagnostics psy* que par celle des autodiagnostic dorénavant revendiqués par des personnes, psychiatisées ou non. Cependant, d'autres personnes vont chercher à rendre compte de leur expérience psychiatrique précisément en allant à l'encontre de ces catégorisations médico-psychologiques et ne seront pas forcément aussi aisément représentées et organisées que les regroupements de personnes autour de diagnostics. Ces divergences sont politiques et traduisent l'hétérogénéité des positions des personnes concernées. Si toutes ces personnes peuvent effectuer des recherches avec une perspective contribuant à la production des savoirs, il semble néanmoins que les conditions institutionnelles et financières de la recherche contemporaine, mais aussi les modes politiques et culturelles, contribuent à la reproduction de recherches qui reprennent les catégories diagnostiques psy* sans problématisation épistémologique ni méthodologique appropriée.

D'autres agirs possibles : engager la réflexivité sociologique

Dans ce contexte disciplinaire, institutionnel, politique et culturel, comment la sociologie peut-elle déployer son rôle à la fois critique et analytique dans le champ de la santé mentale? Au-delà des risques épistémologiques propres à tout processus de recherche, nous considérons qu'une attention particulière doit être portée à la mobilisation des diagnostics médico-psychologiques et aux manières de les contourner. Dans le cadre de la réflexion ici proposée, nous incluons toutes les catégories diagnostiques médico-psychologiques. Notre regard est sociologique; il considère l'objet diagnostic et sa place dans les pratiques sociales, plus spécifiquement dans les pratiques en recherche.

Nous observons dans la littérature scientifique de ces dernières années, une augmentation de la mobilisation des diagnostics médico-psychologiques dans une visée de reconnaissance de certains groupes sociaux s'identifiant à des diagnostics spécifiques (p. ex., autisme, trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité [TDAH], trouble de la personnalité limite). Par ailleurs, nous constatons également que certaines études sociologiques évitent de mobiliser des diagnostics spécifiques en invoquant par exemple des « populations aux prises avec des troubles de santé mentale ». Ces deux approches présentent des angles morts, que nous discutons et illustrons à l'aide des quelques exemples. Les articles sélectionnés aux fins de l'analyse présentée ci-dessous l'ont été sur la base de critères illustrant les tendances observées : essentialisation des diagnostics et réification des caractéristiques retenues (Jacques, 2020), réduction diagnostique (Carrier, 2020) et ombrage diagnostique (Jacques & Vigneault, 2024). Nous avons également retenu des articles contrastant cette tendance, se rapprochant de notre perspective et relevant de pratiques que nous considérons comme exemplaires; le tout afin de développer une réflexion constructive.

Les diagnostics comme cadrage de l'objet de recherche : l'exemple de l'autisme

La construction des objets de recherche sur la base des diagnostics tend à centrer les problèmes sur l'individu. Cette problématisation individualiste relaie au contexte les autres dimensions. Une telle perspective se présente parfois dans les études sur l'autisme et la neurodiversité, issues des sciences sociales. Dans ces travaux, les objets sont construits autour d'un individu décrit de manière déductive en référence aux grandes lignes des critères diagnostiques ou de groupes d'individus partageant un ensemble de caractéristiques et dispositions personnelles conçues selon ces critères. Que ce soit en s'intéressant à leur trajectoire, à leur récit, à leur expérience subjective des mesures et des programmes dont elles font l'objet ou que ce soit dans le cadre de réflexions théoriques, on réitère davantage qu'on ne déconstruit la catégorie et ses caractéristiques sans mettre en lumière ce qu'elle invisibilise. Il y a très peu de place laissée à l'induction. Ne sont pas interrogées alors les dynamiques interactionnelles, les pratiques sociales afférentes, notamment dans leurs dimensions locales, institutionnelles, temporelles et

historiques. Ces catégories diagnostiques se voient ainsi naturaliser et simplifier à outrance dans le même mouvement que l'univers des représentations, les cadres normatifs ainsi que les pratiques sociales dans lesquelles elles se composent et entrent en jeu. Cette tendance est d'autant plus observable dans le contexte d'études se référant à des champs disciplinaires qui ne sont pas les leurs et pour lesquels les autrices et auteurs possèdent de manière superficielle les outils théoriques ou l'expérience clinique permettant d'appuyer leurs hypothèses et leurs interprétations.

L'exemple suivant illustre certains des problèmes propres à une analyse fondée sur la mobilisation de diagnostics : interprétation purement déductive, altérisation, manque d'expertise disciplinaire et généralisation risquée. Dans un article intitulé *Comment l'autisme engage à la réflexivité en sciences sociales*, le philosophe Florian Forestier et la chercheuse en sciences cognitives Fabienne Cazalis défendent l'apport interdisciplinaire de l'imbrication des sciences cognitives avec les sciences sociales. En mobilisant certains concepts développés en sociologie, comme l'habitus, pour analyser l'expérience sociale de personnes identifiées autistes, les caractéristiques spécifiques du diagnostic sont mises en discussion avec les notions présentées. Le texte cherche à « montrer qu'une approche de l'expérience sociale des personnes autistes en termes d'habitus est féconde » (Forestier & Cazalis, 2024). Si la théorisation bourdieusienne de l'habitus part du social pour être inférée jusqu'à son incorporation au niveau des individus (Bourdieu, 2003) – du molaire au moléculaire –, l'article présente un programme proposant en quelque sorte le chemin inverse. Par le recours à la sociologie, le texte vise une compréhension plus riche de l'autisme que celle produite par les sciences cognitives (Forestier & Cazalis, 2024). Mais les figures anthropologiques proposées (les « molécules ») demeurent d'une impossible fixité et s'appuient sur des a priori qui ne sont pas soutenus par des études, comme cela a été mentionné à plusieurs reprises :

Le terme « relation sociale » nous a paru préférable à celui d'« interaction sociale », tout d'abord parce que le premier inclut le second, et également parce que les particularités de préférences sociales des personnes autistes se manifestent avant même le stade de l'interaction (Forestier & Cazalis, 2024).

En posant ce sujet autiste présocial et abstrait, empiriquement et cliniquement introuvable, l'article soutient du même coup une figure normative de sujet non autiste plus en phase avec les implicites d'un « sens commun » indéfini, voire homogène, statique et « fonctionnel » :

[L]a personne autiste n'est pas dans l'incapacité d'habiter un monde commun ou de construire une relation sociale [mais] elle ne peut sans doute pas le faire en se reposant sur le sens commun comme le font le plus souvent les personnes non-autistes. On peut postuler qu'elle est beaucoup plus

souvent plongée dans des situations d'apprentissages et d'adaptation – c'est-à-dire aussi de porte-à-faux – l'empêchant de coïncider avec un contexte ou un rôle (Forestier & Cazalis, 2024).

L'hypothèse selon laquelle le sujet non autiste se perçoit de façon si lisse, et qu'il peut montrer un tel niveau d'homéostasie et de synchronicité relationnelle, interactionnelle et institutionnelle, doit être interrogée. Cette réflexion serait d'ailleurs nécessaire pour réellement comprendre cet individu autiste dont on parle de plus en plus. Sur ce point, le sociologue Danilo Martuccelli écrit : « La société industrielle n'a produit d'univers homogènes et de biographies fortement standardisées qu'au sein d'une vie sociale toujours traversée par des expériences multiples de désajustement » (Martuccelli, 2011, paragr. 20). Il poursuit plus loin en disant que « la vie sociale n'est ni un tout culturel cohérent ni un tout fonctionnel stable » (paragr. 31).

Pour rendre compte de ces expériences de désajustements, les récits individuels empruntent différents langages, que ce soit celui de la psychologie ou de la sociologie, de l'art, ou de l'astrologie (Martuccelli, 2011), ou encore puisent dans les mythes biologiques ou cérébraux (Ehrenberg, 2015; Martuccelli, 2005), ce à quoi n'échappe pas la construction des discours sur l'autisme ou la neurodiversité. Comment, dès lors, documenter cette expérience du décalage sans lui apposer d'emblée un caractère fixe et naturalisé lorsque vient le temps de rendre compte des désajustements vécus par certaines personnes? Produire de nouvelles connaissances implique que la catégorie construite ne peut précéder la description du phénomène empirique sans être revisitée. Sans quoi les pratiques déductives ne font que maintenir l'opacité du phénomène étudié.

Si ces catégories médico-psychologiques servent à identifier différentes manières d'être au monde, cela passe par un effet de loupe magnifiant la lecture individualisante, recentrant ainsi l'analyse sur certains traits et certains types sans, par ailleurs, laisser la place aux autres agirs possibles (Martuccelli, 2016), à l'indétermination et aux manières d'en parler en dehors des grilles médico-psychologiques. En plus de recréer des marges qui n'ont tout simplement pas voix au chapitre, on laisse de côté le fait que la même catégorie définit également des individus qui ne s'y identifient pas d'emblée, souffrent d'être identifiés au diagnostic et/ou sont physiquement pris en charge dans des institutions spécialisées, quand ils ne sont pas pris dans une dynamique de « portes tournantes » : renvoyés de la rue, aux tribunaux, et de retour à l'hôpital.

Poser l'individu comme inapte aux relations sociales, en concevant de manière binaire les capacités d'interactions (capables ou non), plutôt que de proposer une analyse des différents modes d'interactions, amènent en quelque sorte à naturaliser les échecs d'interactions sociales, tout en plaçant au dernier plan le tissu social dans lequel il navigue. La différence est d'emblée pathologisée.

D'autre part, Forestier et Cazalis (2024) proposent des hypothèses imbriquant théoriquement des concepts sociologiques généraux et des caractéristiques toutes aussi

générales de l'autisme, ce qui contribue à amplifier l'altérisation de ce qu'on considère être une personne autiste :

Si, comme nous le postulons, l'expérience des personnes autistes est marquée par un trouble de ce qui permet l'appartenance sociale, elle peut par là même ouvrir à des processus de subjectivation singuliers, qui renvoient moins à des expériences identitaires qu'à des formes d'émancipation qui méritent toute l'attention des sciences sociales (Forestier & Cazalis, 2024).

Selon cette logique, l'auto-identification de certaines personnes au diagnostic d'autisme et leur appartenance au courant de la neurodiversité ne pourrait être de l'ordre identitaire, mais relèverait de raisons ontologiques. Dit autrement, le passage des difficultés d'interactions sociales à un « trouble de ce qui permet l'appartenance sociale » les amène à affirmer que l'expérience des personnes autistes ne saurait se concevoir en termes identitaires⁵. De surcroît, leur expérience d'identification serait de l'ordre de l'émancipation. Réduire l'expérience des personnes autistes à un seul type d'expérience où l'appartenance sociale est considérée comme étant ontologiquement inconcevable ne rend pas compte des multiples réalités sociales vécues par ces personnes. Cette accumulation d'a priori et d'interprétations (voire de généralisations grossières) a la prétention d'offrir un terrain plus vaste de connaissances potentielles quand, au contraire, elle contribue au surinvestissement des caractéristiques diagnostiques pour lesquelles les terrains de recherche sont peu investis. Enfin, en dehors des discours adhérent à l'autisme et aux traits qu'on lui attribue, il n'est pas tenu compte des dynamiques interactionnelles et institutionnelles, ni du rôle joué par les personnes impliquées dans ces dynamiques.

Sans diagnostic, mais non sans préjugés

En ce qui concerne la manière d'identifier les personnes qui font l'objet des études, d'autres pratiques sont observables. Dans certains articles, on évitera de mobiliser des diagnostics spécifiques pour privilégier des expressions telles que *personnes ayant une maladie mentale* ou *personnes souffrant de troubles mentaux graves*, et ce, sans rendre compte du fait que ces groupements plus généraux se posent, eux aussi, implicitement, comme indicateurs prédictifs d'incapacités naturelles. Ce n'est donc pas seulement le fait de mobiliser ou non un diagnostic dans la diffusion des résultats de la recherche qui importe, mais la réflexivité tout au long du processus de recherche concernant le rapport aux catégories diagnostiques et aux prénotions sur ce qu'implique la désignation d'une personne comme souffrante d'un « trouble mental », voire comme « souffrante » tout court (Lamoureux, 2008). Poser une distinction entre l'individu et son parcours psy* tend à rendre évident cet effort de réflexivité : par exemple, « personne ayant reçu tel diagnostic » ou « personne ayant vécu un parcours en psychiatrie ». L'identification de personnes et leur association à une problématique particulière méritent qu'on prenne le

temps de décrire cette relation, aussi sur le plan du vécu subjectif, et de nuancer l'usage de ces étiquettes pour éviter les enfermements symboliques et stigmatisants.

Les sociologues Nicolas Henckes et Nicolas Marquis (2020) s'interrogent dans leur article *Ce que (faire) parler veut dire. Enjeux méthodologiques et épistémologiques des récits de maladie en psychiatrie* sur la conduite d'entretiens sociologiques avec des « personnes souffrant de troubles psychiatriques graves » (paragr. 1) et sur la qualité du matériau produit dans le cadre de ceux-ci. Ils y discutent d'obstacles conçus comme inhérents à la condition des personnes rencontrées, révélant une conception essentialiste de la maladie mentale. L'article, qui s'adresse aux sociologues désirant conduire des entretiens avec ces personnes, pose ainsi d'emblée que les individus souffrant de troubles psychiatriques graves rencontrent des défis importants à entrer en relation, et que cette caractéristique, considérée comme intrinsèque et permanente, suscite « le malaise » : « [...] la plupart des chercheurs constatent que la maladie mentale, parce qu'elle porte atteinte à la capacité des personnes à entrer en relation, met à mal le cadre de l'entretien » (Henckes & Marquis, 2020, résumé).

Leur discussion méthodologique est basée sur une recherche conduite auprès de personnes psychiatisées pour troubles psychotiques. Les auteurs font un va-et-vient entre les manifestations psychotiques et les récits de maladie en psychiatrie. Cette manière de faire présente cependant les personnes participantes sous un angle qui ne fait aucune distinction entre les récits en temps de crise et les récits provoqués au moment de l'étude : « La quantité et la qualité des comptes rendus détaillés et sensibles d'entretiens rapportant des propos étranges, inattendus ou cryptiques, contrastent avec le caractère embryonnaire des réflexions sur le statut épistémologique de ces étrangetés et sur leurs implications » (Henckes & Marquis, 2020, paragr. 2).

Dans cet article, le travail de réflexion sur les méthodes et attitudes d'entretien à privilégier avec les « personnes psychotiques » conserve sa pertinence. Cependant, les auteurs présentent des individus définis par leurs périodes de crise, sans considérer les notions de temporalité, de contexte et de singularité qui permettraient d'analyser le spectre d'expression des personnes enquêtées sans les pathologiser ni les altérer radicalement. Le risque est en effet de conférer au « trouble » une centralité explicative sans examiner d'autres dimensions, notamment sociales, pour comprendre, par exemple, le désengagement et le manque d'intérêt de la personne durant l'entretien. Pourtant, l'extrait suivant suggère d'autres explications possibles aux malaises de l'interaction en entretien de recherche :

Certains de nos interviewés semblaient considérer la situation d'entretien comme complètement extérieure, répondant à nos questions de manières [sic] contradictoire sans pour autant s'en formaliser outre mesure, exprimant une attitude de désintérêt (« prenez ça comme vous voulez »), ou se limitant à des énoncés extrêmement vagues (« oui, peut-être, je sais pas,

il n’y a pas de problème... »). Les mots prononcés semblaient ne pouvoir être raccrochés à rien d’autre qu’à eux-mêmes. Pour autant, malgré ce désintérêt pour nos questions, les personnes pouvaient se montrer à d’autres moments extrêmement prolixes – sans forcément chercher à être comprises lorsque la discussion abordait des aspects auxquels elles accordaient une importance inattendue (Henckes & Marquis, 2020, paragr. 41).

La qualité de l’entretien de recherche provient de la qualité d’une interaction qui ne dépend cependant pas que des personnes enquêtées (Demazière, 2008, 2011). Il importe que les personnes répondantes se sentent accueillies pour s’ouvrir, et ce, sans oublier l’importance d’assurer le consentement à participer et la capacité à consentir (en dehors d’une période de crise par exemple). Le rapport à l’entretien diffère et dépend des dispositions de chaque personne et de la dynamique d’interaction. Il est ainsi important de veiller à rendre compte des malaises et des difficultés sans inscrire les discours et les conduites des personnes rencontrées au registre des « étrangetés » ni les réduire à la catégorie de « trouble grave de santé mentale ».

Il peut sembler difficile d’échapper à la réduction des individus aux catégories médico-psychologiques permettant de les identifier lorsqu’on souhaite étudier des groupes socialement définis par elles, mais nous pensons qu’il est nécessaire de réfléchir à d’autres manières de faire afin d’éviter l’essentialisation des personnes, des expériences et des catégories. À titre de contre-exemple, dans son article *Bien parler de la schizophrénie*, le sociologue Florian Charvolin (2024) propose une réflexion sur la schizophrénie à partir de ses expériences de recherche. Dans sa manière d’écrire, il pose une distinction entre les personnes rencontrées et leur trajectoire psychiatrique. Par le biais d’entretiens avec « des personnes diagnostiquées comme souffrant d’un trouble dans le spectre de la schizophrénie et étant suffisamment rétablies » (Charvolin, 2024, p. 51), il a pour objectif de « faire proliférer les mises en mots » (p. 56) et de redonner la parole aux personnes concernées dans leurs propres termes⁶ :

[...] pour toutes les personnes rencontrées, désireuses de sortir du cadre psychiatrique et de parler autrement de leur maladie, l’entretien a été une occasion reconnue. Il a tout particulièrement bien été ressenti que l’objet dont il était question n’était pas tant de dresser un tableau clinique pour vérifier une hypothèse, mais plutôt de réaliser un florilège de phrases formulées par des patients qui évoquent, souvent avec quelques années de recul et donc avec une certaine forme de normalisation rétrospective, ce qui leur est arrivé (Charvolin, 2024, p. 55).

Cette autre perspective sur l’entretien de recherche sociologique dans le champ de la santé mentale invite à repenser les rapports entre les personnes enquêtrices et enquêtées. Enfin, il importe de porter une attention particulière aux manières de décrire les personnes contribuant à la recherche, ainsi que de réfléchir aux manières de

construire les objets de recherche en santé mentale et à la « nécessaire façon d'en bien parler » (Charvolin, 2024, p. 59).

Pistes de réflexion

Il est possible de renoncer à la mobilisation des diagnostics spécifiques et à leurs euphémisations de contournement lorsqu'on s'intéresse aux espaces interactionnels, institutionnels et aux dynamiques dans lesquels les expertises afférentes interviennent. Certaines recherches sociologiques investissent ainsi les lieux institutionnels et leurs interfaces. Elles y examinent les usages sociaux des catégories diagnostiques et des expertises psy*.

La recherche d'Emmanuelle Bernheim et al. (2022) vise par exemple à documenter l'expérience des mères qui se trouvent à l'intersection des interventions de la psychiatrie, de la protection de la jeunesse et de la justice. Elle montre que les tribunaux s'en tiennent généralement au dossier de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) sans remettre en question les expertises psy* reçues, sans se formaliser non plus des différences épistémologiques et méthodologiques entre ces disciplines ni questionner la validité de leurs outils d'évaluation ou des pronostics émis, malgré leur contestation :

La centralité des diagnostics psychiatriques [...] se manifeste tant dans la nature de la preuve déposée en cour que dans les explications concernant la pauvreté, les situations d'étude et d'emploi, les relations conjugales et parentales que vivent les femmes. Ainsi, toute leur vie est lue et interprétée à la lumière du diagnostic, les dépossédant et délégitimant leurs propres savoirs, expériences et interprétations (Bernheim et al., 2022, p. 207).

Bernheim et ses collègues se sont ici engagées « à restituer les perceptions et les interprétations » (2022, p. 203) des répondantes. À travers l'étude de trois cas, leur travail illustre la façon dont le diagnostic psychiatrique agit ici comme système d'oppression, au même titre que le genre et la classe, pour ces femmes « constamment renvoyées à leur statut de “malade mentale” » (Bernheim et al., 2022, p. 214).

L'analyse sociologique bien conduite permet alors d'éviter les effets réductionnistes des analyses fixistes et biologisantes associés à la lecture médico-psychologique des problèmes sociaux, et montre la nécessité de les prendre même pour objet d'étude, car comme le rappelle la sociologue Christine Détrez au sujet des phénomènes de biologisation, « parce qu'ils substituent à des analyses sociologiques des explications biologiques réductrices ou incomplètes, les phénomènes de biologisation ne peuvent se comprendre en dehors des systèmes de pouvoir qui permettent leur avènement » (2023, p. 23).

À l'inverse de recherches endossant la naturalisation des identités, des conduites individuelles et des dynamiques socio-relationnelles, il est possible d'envisager d'autres

modes de politisation et d'agirs collectifs autrement inclusifs. Par exemple, en suivant la sociologue Jocelyne Lamoureux dans ce rappel :

Que la pauvreté, la désocialisation, la terrible « souffrance psychique dans le tourbillon de la précarité du monde » (Lazarus, 2001) se nomme exclusion, domination, souffrance sociale, exploitation, ne change rien à l'importance de la subjectivation politique comme condition même d'un discours critique sur le marché, sur le lien social, sur le politique (2008, p. 237).

Le choix des mots n'est donc pas suffisant. L'analyse doit tenir compte des dimensions sociales et systémiques interagissant avec le phénomène étudié si l'on souhaite éviter la réduction des difficultés vécues à ses seuls aspects individualisants, biologisants et stigmatisants. Bien que l'approche biopsychosociale soit mise de l'avant dans les pratiques et les discours cliniques, l'analyse du vécu des individus à partir des catégories diagnostiques oriente malheureusement les travaux en sciences sociales vers une tendance à perdre de vue la capacité des personnes à évoluer selon leurs interactions, les moments de leur vie et leurs lieux d'appartenance; une vie et des interactions traversées de rapports sociaux complexes, conflictuels et de relations de pouvoir dont on ne peut nier les effets.

Dès lors, comment étudier autrement les trajectoires des personnes avec un diagnostic, c'est-à-dire sans présumer de la nature de cette expérience, qu'elle soit vulnérabilisante ou faite de souffrance, ni postuler un souhait d'être identifiées selon la catégorie médico-psychologique qui leur a été attribuée ni de la vérité de celle qu'elles se seraient choisie? Poser ainsi la question cadre déjà autrement le projet de connaissance.

Pense-bête : comment aborder le diagnostic en recherche?

Face à l'hétérogénéité des objets et des pratiques de la recherche en santé mentale, dans un contexte institutionnel et disciplinaire parfois contraignant, comment faire valoir la richesse du regard sociologique? Et comment la sociologie peut-elle demeurer prudente et nuancée et éviter de reproduire les inégalités favorisant l'existence de marges silencées?

Afin d'adopter une approche réflexive de la mobilisation des diagnostics médico-psychologiques en recherche qualitative, nous proposons une série de questions qui peuvent s'avérer utiles tout au long de la démarche (voir le Tableau 1).

Derrière ces pratiques méthodologiques se pose la nécessité d'une réflexion et d'une explicitation du positionnement épistémologique. L'exemple suivant est tiré d'un article dans lequel Labrecque-Lebeau et ses collègues ont pris soin de nommer, tout au long de l'article, les précautions nécessaires à une lecture rendant justice à leur terrain

Tableau 1

Aide-mémoire pour une approche réflexive de la mobilisation des diagnostics médico-psychologiques en recherche qualitative

Étapes de la recherche	Questions réflexives
Définition de l'objet <i>Qu'étudions-nous?</i>	Les concepts mobilisés au départ de la recherche reproduisent-ils une vision fixiste de l'objet de recherche? Peut-on identifier des prénotions non remises en question dans la construction du devis de recherche? L'étude est-elle à risque de réifier les stéréotypes liés à un diagnostic? Ou permet-elle de comprendre un phénomène sans y recourir? Quelle(s) conception(s) de l'individu est mobilisée dans le projet de recherche? Quels sont les objectifs de l'étude (valider une théorie en l'appliquant de manière fixe, approfondir les connaissances sur un phénomène, documenter, comparer)? Quels effets ont ces choix sur la reproduction des préjugés concernant l'objet d'étude?
Revue de littérature <i>Quelles logiques utiliser?</i>	Les sources sélectionnées permettent-elles d'exposer les dissensus scientifiques et les conflits sociaux sous-jacents? Ou reproduisent-elles un faux consensus? Est-ce que les sources mises en dialogue permettent de contextualiser les différentes approches de l'objet étudié?
Composition de l'échantillon <i>Qui interpellons-nous dans nos études?</i>	Que permet d'étudier l'échantillon tel que délimité? Est-il trop homogène en termes de profil social? Quels sont les effets de ces choix sur les résultats et pour les personnes concernées par le phénomène étudié? Qui laissons-nous de côté par ces choix? Qui est « sans-voix » dans l'étude? Comment planifier le travail pour y remédier?
Recrutement <i>Comment sont sélectionnées les personnes participantes?</i>	Est-ce que les personnes participantes sélectionnées représentent la diversité des points de vue du phénomène étudié? De quels réseaux proviennent-elles et quelles sont les raisons de ces choix (proximité, accessibilité, représentativité, cohérence interne)? Quels choix sont faits par contrainte de temps ou lorsque les démarches éthiques peuvent sembler ardues? Quels sont les effets de ces choix sur les résultats produits?

Tableau 1

Aide-mémoire pour une approche réflexive de la mobilisation des diagnostics médico-psychologiques en recherche qualitative (suite)

Étapes de la recherche	Questions réflexives
Entretiens ou constitution du corpus <i>Comment et sur quoi interrogeons-nous le « terrain »?</i>	Les contenus suscités laissent-ils place à l'expression de la singularité des personnes participantes et à l'indétermination (sens et agirs possibles)? Quelle place est laissée aux rapports sociaux lors de récits biographiques? Est-ce que la dimension intersubjective de l'interaction est considérée?
Analyse et interprétations <i>Comment les données de recherche sont-elles construites et analysées?</i>	La confrontation du cadre théorique de départ au terrain fait-elle évoluer ce cadre? Qu'est-ce que le cadre choisi permet de faire émerger du corpus? Dans le cas d'approches dites inductives, quelle place est réellement laissée à l'induction? Peut-on distinguer la dynamique complexe et sociale des diagnostics (posés où, quand et par qui; le rôle du genre, du statut social, etc.)? Quels en sont les effets?
Diffusion des résultats <i>Quelle image de la réalité est construite et reconduite par les résultats et la manière d'en rendre compte?</i>	Comment les résultats construisent-ils des individus particuliers et est-ce que cette théorisation rend réellement compte de ce que les personnes participantes ont partagé? Quels sont les effets des réductions aux diagnostics sur la production des connaissances partagées? Y a-t-il des distinctions importantes qui sont évacuées? Comment rendre explicites les limites de l'étude relativement aux réductions opérées par la mobilisation des diagnostics dans le processus de recherche afin d'exposer les aspects mis de côté par celui-ci?
Quels sont les effets de l'ensemble des choix méthodologiques sur la construction du phénomène dans le temps?	

de recherche lors d'une étude sur les liens entre les catégories de genre et le diagnostic d'autisme :

Les catégories de genre et les profils diagnostiques de l'autisme sont peut-être encore trop rigides pour réussir à décrire et inclure la diversité des expériences vécues. À la jonction des deux dimensions ici étudiées, il se révèle difficile de satisfaire à la fois aux normes du genre et aux normes

cognitives qui établissent le partage entre neurotypiques et neuroatypiques. [...] Les profils établis de la neuroatypicité puisent dans des stéréotypes genrés qui marginalisent certaines identités qui se trouvent à des intersections précises. Plus encore, le genre et l'autisme semblent ne pas toujours pouvoir coexister comme deux dimensions à part entière d'une même identité, comme en témoignent différents parcours (Labrecque-Lebeau et al., 2023, paragr. 45).

Puisque, bien souvent, il est difficile de ne pas mobiliser les catégories diagnostiques, mieux vaut bien en rendre les nuances et les (im)possibilités. Ces efforts de contextualisation permettent d'actualiser la lecture de ces jeux de catégorie auxquels sont réduites les trajectoires subjectives et par lesquels les actrices et acteurs sociaux négocient différents registres de réalité, puis produisent et mobilisent des connaissances selon les contextes.

D'autres avenues possibles pour la recherche qualitative en santé mentale

La mobilisation d'une catégorie diagnostique à des fins d'identification des personnes étudiées nécessite d'explicitier la théorie sociale de la production des individus sous-jacente à l'exercice de recherche afin de garder dynamique la lecture des situations vécues, inscrites dans des trajectoires sociales et temporelles, façonnées par des rapports de pouvoir et des relations inégalitaires. Sans explicitation de sa posture épistémologique, une recherche peut sembler tenir pour acquis une conception réductrice et essentialiste des catégories diagnostiques, parfois même davantage qu'au sein des disciplines qui en sont les matrices (médecine et sciences psy*). C'est pourquoi l'explicitation des raisons pour lesquelles une recherche choisit d'utiliser un diagnostic est indispensable. Ces réflexions sont tout aussi importantes dans la co-construction de devis de recherche avec des personnes concernées par l'objet d'étude. Car les individus ne s'identifient pas tous de la même manière aux diagnostics reçus (Jacques, 2020; Leclercq et al., 2019; Skuza, 2015). Ainsi, la présomption que les participants et participantes souhaitent être identifiés par leur diagnostic limite d'emblée l'étude aux personnes mobilisant le diagnostic sur le mode de l'affirmation identitaire ou selon une acception propre à l'expertise médicale, et évacue une part potentiellement significative du phénomène à l'étude.

La sociologie de la santé mentale gagnerait aussi à développer des approches plus transversales des diagnostics lorsque vient le temps de délimiter le terrain d'étude. Par exemple, lorsqu'on compare les manières de se comprendre, d'envisager ou de surmonter les difficultés vécues chez des personnes ayant reçu un diagnostic de bipolarité, de dépression et de trouble anxieux, on constate que ce qui recoupe les récits des individus se situe davantage au niveau des manières de s'identifier au diagnostic plutôt que le fait d'avoir reçu l'un ou l'autre de ces diagnostics. Les manières de souffrir, d'envisager et de faire face aux épreuves fluctuent davantage en fonction du type

d'identification, bien plus qu'en fonction du diagnostic reçu (Jacques, 2020). Il est ainsi plus pertinent de s'intéresser aux réalités sociales vécues par les personnes diagnostiquées ou autodiagnostiquées, indifféremment des catégories diagnostiques spécifiques.

Il y a lieu d'interroger également les usages des diagnostics dans nos institutions, et plus spécifiquement, le phénomène de la mobilisation des diagnostics dans le cadre des relations institutionnelles : tant dans les études scientifiques qu'en gestion publique, ou sur les terrains de l'action culturelle ou différentes campagnes (inclusion scolaire, sensibilisation ou lutte à la stigmatisation, etc.). En effet, si le langage de la santé mentale est présent dans les récits individuels, il fait partie également de celui des institutions, qui se dotent de politiques et de procédures formelles enjoignant les individus à se déclarer sur la base de catégories diagnostiques pour avoir accès à divers soutiens. Cette injonction au dévoilement pose certaines questions quant à l'équité dans ces institutions et à leurs mesures de soutien. Les pratiques de mobilisation des diagnostics et l'injonction à dévoiler son intimité font ainsi partie des logiques sous-jacentes de « la main invisible de l'intervention » (Otero, 2023).

Au-delà des diagnostics : maintenir une distance critique

La sociologie profiterait très certainement de déplacer son regard sur la mobilisation des diagnostics dans les interactions institutionnelles, sur les dynamiques interactionnelles à l'intérieur desquelles se posent ou se revendiquent ces étiquettes, ainsi que sur les lieux et les enjeux de pouvoir dans lesquelles elles s'inscrivent, proscrivent et prescrivent. Car plus le langage de la santé mentale devient le mode d'expression des souffrances sociales et de l'individualité contemporaine (Ehrenberg, 2004; Otero & Namian, 2011), moins les individus laissés dans la marge ont les mots pour se faire entendre. Il nous semble ainsi pertinent de rappeler les travaux de *Vivre à la marge. Réflexions autour de la souffrance sociale* (Blais, 2008) en partageant ce commentaire d'Éric Gagnon, qui rappelle l'importance de :

[n]on seulement donner les moyens à celui qui souffre de se raconter, mais aussi parfois le droit de garder le silence, de ne pas tout saisir lui-même et ainsi garder ouvert le sens de son histoire passée et à venir, et devant l'imprévisibilité du sens, demeurer prudent (2008, pp. 250-251).

Sans interrogation, il n'y a pas d'éthique, rappelle aussi Gagnon. Comme l'ont abordé respectivement Lamoureux et Clément dans ce même ouvrage (Blais, 2008), pour préserver une réflexivité sociologique et maintenir cette interrogation, il importe tout autant de garder une distance critique quant aux a priori concevant un individu social-souffrant que vis-à-vis de ce que serait son trouble par excès ou par défaut depuis un profilage médico-psychologique.

Notes

¹ L'usage de l'astérisque (psy*) sert à indiquer l'inclusion de l'ensemble des disciplines et pratiques du champ de la santé mentale, notamment la psychologie, la psychiatrie et la psychanalyse, ainsi que la production des usages « indisciplinés » du vocabulaire psy*, soit par des personnes hors de ces disciplines.

² Seuls les psychiatres britanniques David Cooper et Ronald Laing se désignent « antipsychiatres », mais Erving Goffman, Thomas Szasz et Michel Foucault sont souvent associés au mouvement.

³ Les « déterminants sociaux » doivent cependant faire l'objet d'une contextualisation et d'une problématisation (p. ex. Giroux, 2021).

⁴ Sur ce point, dans le champ du handicap, voir le billet de Philippe Humbert (2024).

⁵ Pour une discussion critique de l'identité, voir Brubaker (2001).

⁶ Ce qui va dans le sens des revendications des groupes d'Entendeurs de voix actifs au Québec.

Références

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd., DSM-III). APA.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders*. The Free Press.
- Bernheim, E., Coupienne, M., & Gauthier-Boiteau, D. (2022). Le diagnostic psychiatrique comme système d'oppression : l'expérience des mères à l'intersection de la protection de la jeunesse, la justice et la psychiatrie. Dans S. Lapierre, & A. Vincent (Éds), *Le meilleur intérêt de l'enfant victime de violence conjugale : enjeux et réponses sociojudiciaires* (pp. 201-220). Presses de l'Université du Québec.
- Blais, L. (2008). Souffrance sociale, parole publique, espace politique. Dans L. Blais (Éd.), *Vivre à la marge : réflexions autour de la souffrance sociale* (pp. 15-36). Presses de l'Université Laval.
- Blais, L. (Éd.). (2008). *Vivre à la marge : réflexions autour de la souffrance sociale*. Presses de l'Université Laval.
- Bourdieu, P. (2003). *Méditations pascaliennes*. Éditions du Seuil.
- Brubaker, R. (2001). Au-delà de l'« identité ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 139(4), 66-85.
- Busfield, J. (2000). Introduction. Rethinking the sociology of mental health. *Sociology of Health & Illness*, 22(5), 543-558.
- Carrier, F. (2020). Réduction diagnostique en psychiatrie : enjeux éthiques et implications pour la clinique. *Canadian Journal of Bioethics*, 3(2), 63-71.

- Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme*. Éditions de Minuit.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Éditions de Minuit.
- Charvolin, F. (2024). Bien parler de la schizophrénie. *Rhizome*, 88-89(1-2), 51-59.
- Clément, M. (2008). La souffrance sociale entre compassion et impuissance. Dans L. Blais (Éd.), *Vivre à la marge : réflexions autour de la souffrance sociale* (pp. 243-246). Presses de l'Université Laval.
- Demailly, L. (2006). La psychologisation des rapports sociaux comme thématique sociologique. Dans M. Bresson (Éd.), *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités* (pp. 35-50). L'Harmattan.
- Demazeux, S. (2013). *Qu'est-ce que le DSM? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*. Ithaque.
- Demazière, D. (2008). L'entretien biographique comme interaction négociations, contre-interprétations, ajustements de sens. *Langage et société*, 123(1), 15-35.
- Demazière, D. (2011). L'entretien biographique et la saisie des interactions avec autrui. *Recherches qualitatives*, 30(1), 61-83.
- Détrez, C. (2023). Sous la naturalisation, la biologisation? Dans L. Thizy, J. Vincent, G. Sinem, & I. N. Balci (Éds), *Biologisation(s) : les usages sociaux de l'argument biologique en santé* (pp. 5-26). ENS éditions.
- Doron, C.-O. (2015). L'émergence du concept de « santé mentale » dans les années 1940-1960 : genèse d'une psycho-politique. *Pratiques en santé mentale*, 61^e année(1), 3-16.
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide : étude de sociologie*. Alcan.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi : dépression et société*. Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2004). Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit*, 304(5), 133-156.
- Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2015). Se définir par son cerveau. La biologie de l'esprit comme forme de vie. *Esprit*, 411(1), 68-81.
- Forestier, F., & Cazalis, F. (2024). Comment l'autisme engage à la réflexivité en sciences sociales. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/11ull>
- Gagnon, É. (2008). Une éthique de la parole. Dans L. Blais (Éd.), *Vivre à la marge : réflexions autour de la souffrance sociale* (pp. 247-252). Presses de l'Université Laval.
- Giroux, É. (2021). L'exposome : entre globalité et précision. *Bulletin d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie*, 28(2), 119-148.

- Goffman, E. (1963). *Stigma*. Simon & Schuster.
- Goffman, E. (1968). *Asiles*. Éditions de Minuit. (Ouvrage original publié en 1961).
- Henckes, N., & Marquis, N. (2020). Ce que (faire) parler veut dire. Enjeux méthodologiques et épistémologiques des récits de maladie en psychiatrie. *Anthropologie & santé*, 20. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.5821>
- Herman, E. (1995). *The romance of American psychology*. University of California Press.
- Humbert, P. (2024). “Rien pour nous, sans nous!” Du slogan et ses usages politiques et scientifiques [Billet]. *La parole (in)assistée*. <https://doi.org/10.58079/11w4o>
- Jacques, I. (2020). *Figures de l'appropriation du diagnostic psychiatrique : entre problème et maladie* [Mémoire de maîtrise inédit]. Université du Québec à Montréal, Québec, Canada.
- Jacques, M.-C., & Vigneault, L. (2024). *Stigmatisation structurelle et ombrage diagnostique*. [Présentation orale]. Colloque du Centre de formation continue de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke – L'écoute et la nature en santé mentale, Orford, Canada.
- Labrecque-Lebeau, L., Dauphinais, C., & Ouellet, G. (2023). « Ça reste encore mystérieux pour moi » : récits et expériences du genre chez les personnes autistes. *Genre, sexualité & société*, 30. <https://doi.org/10.4000/gss.8509>
- Lamoureux, J. (2008). Paroles dérangeantes, scènes inédites, subversion égalitaire : réflexions sur la subjectivation politique. Dans L. Blais (Éd.), *Vivre à la marge : réflexions autour de la souffrance sociale* (pp. 213-240). Presses de l'Université Laval.
- Leclercq, J.-B., Proteau-Dupont, É., Van De Velde, C., Giguère, N., Simamonika, P., & Ouimet-Savard, T. (2019). Rapports au diagnostic et à la médication en santé mentale chez les jeunes : une enquête auprès de résidentes ou résidents en Auberges du cœur. *Reflets*, 25(2), 65-89.
- Maignan, A. (2024, 19 Juillet). *New label for new expertise? The case of the “highly sensitive person” (HSP)*. [Présentation orale]. Congrès conjoint de EASST-4S, Amsterdam, Pays-Bas.
- Martuccelli, D. (2005). Critique de l'individu psychologique. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 43-64. <https://doi.org/10.7202/1002459ar>
- Martuccelli, D. (2011). Programme et promesses d'une sociologie de l'intermonde. Dans M.-B. Tahon (Éd.), *Sociologie de l'intermonde : la vie sociale après l'idée de société* (pp. 9-46). Presses universitaires de Louvain. <https://books.openedition.org/pucl/579>

- Martuccelli, D. (2016). La sociologie et les régimes de réalité. *Cahiers de recherche sociologique*, (59-60), 99-112. <https://doi.org/10.7202/1036788ar>
- McLean, A. (2009). The mental health consumers/survivors movement in the United States. Dans T. L. Scheid, & T. N. Brown (Éds), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (2^e éd., pp. 461-477). Cambridge University Press.
- Otero, M. (2023). Le/la sociologue et sa licorne : attention, émotion et intersection. *Politique et sociétés*, 42(3), 61-91.
- Otero, M., & Namian, D. (2011). Grammaires sociales de la souffrance. *Les collectifs du Cirp*, 2, 226-236.
- Pache, S., & Mathieu, M. (2023). De la psychologisation de l'oppression à l'analyse du pan idéal des rapports de domination. *Recherches féministes*, 36(2), 1-19.
- Rabinow, P. (2010). L'artifice et les lumières : de la sociobiologie à la biosocialité. *Politix*, 90(2), 21-46.
- Renou, G. (2020). Sociabilité(s). Dans O. Fillieule, L. Mathieu, & C. Péchu (Éds), *Dictionnaire des mouvements sociaux* (pp. 545-553). Presses de Sciences Po.
- Skuza, K. M. (2015). *Dire la folie. Une grammaire sociologique de la schizophrénie* [Thèse de doctorat inédit]. Université de Lausanne, Suisse.

Isabelle Jacques est enseignante-chercheuse et coordonnatrice du programme Techniques de recherche et de gestion de données au Cégep de Rosemont et étudiante au doctorat en sociologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Elle s'intéresse à la mobilisation des diagnostics médico-psychologiques dans les interactions quotidiennes et institutionnelles, notamment en éducation, ainsi que dans les pratiques en recherche.

Stéphanie Pache est professeure de sociologie du genre et des sexualités au Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Ses recherches portent sur les enjeux sociaux et politiques de la santé comme champ de pratiques scientifiques, cliniques et discursives. Après une recherche sur l'histoire de la psychologie féministe nord-américaine, ses travaux récents poursuivent son étude du rôle des disciplines psychiques dans les mouvements féministes contemporains.

Patrick Dubé est étudiant à la maîtrise en sociologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Il s'intéresse aux enjeux sociaux et relationnels considérés sous l'égide des troubles psychiques, cognitivo-comportementaux et neurodéveloppementaux.

Pour joindre les autrices et l'auteur :

ijacques@crosemont.qc.ca

pache.stephanie@uqam.ca

dube.patrick@courrier.uqam.ca

***« Je n'en peux plus de me battre contre le système » :
perspective phénoménologique critique
de l'expérience des soignants travaillant auprès
des personnes migrantes à statut précaire à Montréal***

Émilie Pigeon-Gagné, Ph. D.

Université d'Ottawa, Canada

Élise Bourgeois-Guérin, Ph. D.

Université TÉLUQ, Québec, Canada

Résumé

À la suite d'une demande de la part de Médecins du Monde, nous avons réalisé une recherche participative pour mieux comprendre la réalité des soignants offrant des soins aux personnes migrantes à statut précaire (PMSP). Les soignants ont été rencontrés lors de groupes de discussion (n=12) et d'entretiens en profondeur (n=8) afin d'explorer les spécificités de leur pratique et les répercussions sur leur santé mentale. Leurs propos ont été analysés sous l'angle de la phénoménologie critique, ce qui a permis de révéler : 1) les défis de cette pratique à la lumière des contraintes institutionnelles et politiques en place; 2) les réalités psychiques occasionnées par le contact avec la détresse des PMSP. Nos résultats sont analysés à la lumière de l'influence des déterminants structurels de la santé affectant la réalité quotidienne des PMSP et par ricochet celle des soignants travaillant auprès de cette population. Cet article contribue à enrichir la littérature francophone en santé publique en explorant les défis liés à la recherche qualitative auprès de populations marginalisées sujettes à vivre des inégalités sociales.

Mots clés

PHÉNOMÉNOLOGIE CRITIQUE, PERSONNES MIGRANTES À STATUT PRÉCAIRE (PMSP), INÉGALITÉS SOCIALES EN SANTÉ MENTALE, SOIGNANTS, DÉTERMINANTS STRUCTURELS DE LA SANTÉ

« I can't take fighting the system anymore »: a critical phenomenological perspective on the experience of caregivers working with migrants with precarious status in Montréal

Abstract

Following a request from *Médecins du Monde*, we conducted a participatory research to better understand the reality of caregivers providing care to migrants with precarious status (PMSP)¹. Caregivers were interviewed in focus groups (n = 12) and in-depth interviews (n = 8) to explore the specificities of their practice and the impact on their mental health. Their comments were

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 44(1), pp. 107-133.

INÉGALITÉS SOCIALES ET SANTÉ MENTALE : APPORTS, DÉFIS ET CONTRAINTES DE LA RECHERCHE QUALITATIVE

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

© 2025 Association pour la recherche qualitative

analysed from a critical phenomenological perspective, which revealed: 1) the challenges of this practice in light of the institutional and political constraints in place; 2) the psychological consequences of contact with the distress of PMSP. Our results are analysed in light of the influence of structural determinants of health affecting the daily reality of PMSPs and, by extension, that of caregivers working with this population. This article contributes to the French-language literature on public health by exploring the challenges associated with qualitative research among marginalised populations subject to social inequalities.

Keywords

CRITICAL PHENOMENOLOGY, MIGRANTS WITH PRECARIOUS STATUS (PMSP), SOCIAL INEQUALITIES IN MENTAL HEALTH, CAREGIVERS, STRUCTURAL DETERMINANTS OF HEALTH,

Introduction

Concernant les inégalités sociales en santé mentale (ISSM), les personnes migrantes à statut précaire (PMSP)² représentent une population particulièrement vulnérable (World Health Organization [WHO], 2022). Au Québec, le nombre de PMSP est méconnu, mais est estimé autour de 50 000 à 70 000 (Cleveland et al., 2020). Ce qui caractérise la réalité des PMSP est leur précarité socio-économique (insécurité alimentaire, logement insalubre, emploi instable et peu rémunéré), le risque de vivre de la discrimination (exploitation par des employeurs, interpellations policières injustifiées) et d'éviter les services publics par crainte d'être déportées (Bendixsen, 2020; Nellums et al., 2021). Les études au Québec révèlent que les PMSP ont des conditions de vie défavorables influençant négativement leur santé et qu'elles rencontrent d'importantes barrières lorsqu'elles cherchent à obtenir un soin (Cloos et al., 2020; Hanley et al., 2020; Ridde et al., 2020).

La littérature scientifique internationale met en lumière que les PMSP consultent uniquement en cas d'urgences médicales (Hintjens et al., 2020; Liang et al., 2019). Elles sont donc vulnérables à avoir des pathologies non traitées (p. ex. diabète, cancer) et à présenter des troubles anxio-dépressifs et post-traumatiques persistants (Cheong & Massey, 2019; Fakhoury et al., 2021; Hacker et al., 2015). Ces constats ont d'ailleurs été observés au Canada où les PMSP représentent une sous-population avec des besoins aigus en matière d'accompagnement médical et psychosocial (Gagnon et al., 2021; Rousseau & Frounfelker, 2019).

Une spécificité à prendre en considération dans l'étude des ISSM concernant les PMSP au Québec est que leur accès aux soins de santé est grandement limité par la directive 03-01-42-07 adoptée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) stipulant qu'une surcharge de 200 % des frais médicaux doit être facturée aux patients non assurés (MSSS, 2014). Lorsque ces personnes consultent, elles doivent déboursier les frais avant de recevoir un soin ou (uniquement si leur vie est en jeu) reçoivent le soin et sont facturées par la suite. Les coûts faramineux³ agissent comme

une barrière à l'accès aux soins. N'étant pas dans l'obligation d'offrir des soins, les établissements de santé refusent fréquemment de soigner ces patients.

Au Québec, l'absence de couverture d'assurance médicale limite l'utilisation des services de santé par les PMSP, même en cas d'urgences médicales (p. ex. accouchement). Ces personnes, en plus de devoir déboursier pour obtenir une consultation médicale, rencontrent de multiples autres barrières limitant l'accès aux services de santé (barrières linguistiques, refus de soins, manque de compétences culturelles, discrimination raciale) (Pilabré, 2019; Ricard-Guay et al., 2014). C'est d'ailleurs pour cette raison que plusieurs PMSP se tournent vers les organisations communautaires (Aubé et al., 2019; Ridde et al., 2020). À Montréal, Médecins du Monde (MdM) offre des soins de santé primaires aux PMSP⁴. Les patients peuvent avoir une consultation gratuitement avec une intervenante sociale et avec une infirmière, et occasionnellement avec un médecin bénévole qui peut offrir des soins de base. Depuis la création de sa clinique, MdM remarque un roulement de personnel et s'inquiète de la santé mentale des soignants.

Puisque l'offre de soins et de services aux PMSP est faite de manière informelle et souvent cachée, peu d'information est accessible concernant les soignants. Trois études ont précédemment mis en lumière que les soignants intervenant auprès de cette population au Québec rencontrent des enjeux cliniques, éthiques et organisationnels propres à la vulnérabilité des PMSP (Belaid et al., 2020; Ruiz-Casares et al., 2013; Ter Kuile et al., 2007). Se retrouvant face à des situations cliniques complexes et ayant accès à très peu de ressources, ces soignants sont à risque de vivre de la détresse psychologique et de l'épuisement pouvant se répercuter sur la qualité des soins, notamment en choisissant de refuser de leur fournir des soins (Armenta & Sarabia, 2020; Barkensjö et al., 2021). Ces soignants jouent un rôle crucial dans les trajectoires de soins des PMSP et conséquemment sur leur état de santé, mais très peu d'information concernant leur pratique et la manière dont ils la vivent est disponible, alors que MdM observe qu'ils semblent vivre de la détresse psychologique.

Par cette recherche, nous étions intéressées à explorer l'expérience vécue des soignants, leur manière de se représenter leurs difficultés, tout en interrogeant les mécanismes liés aux ISSM afin de fournir des pistes de réflexion vers des initiatives favorisant leur bien-être et leur rétention.

Méthodologie

Un devis qualitatif exploratoire a été élaboré de façon collaborative. Nous avons développé des grilles d'entrevues semi-structurées laissant la parole aux soignants sur leur expérience selon les dimensions qui leur semblaient les plus significatives. La création des canevas d'entrevues s'est faite au travers d'allers-retours (de mai à juillet 2022) entre notre équipe de recherche et notre partenaire, afin de poser les

questions de la manière la plus ouverte et inductive possible, tout en répondant aux objectifs de la recherche et en s'acclimatant à la culture organisationnelle.

Une fois l'approbation éthique obtenue, le recrutement a débuté : les membres de l'équipe clinique ainsi que les médecins bénévoles ont été approchés par la coordonnatrice clinique afin de solliciter leur participation. La recherche, ses objectifs et retombées ont été expliqués en réunion d'équipe, et un courriel a été envoyé à l'ensemble des médecins bénévoles avec ces mêmes explications. Les personnes qui donnaient leur consentement étaient ensuite conviées à participer aux entretiens. L'ensemble des membres de l'équipe clinique ($n=15$) a consenti à participer à l'étude, et, parmi les dizaines de médecins bénévoles affiliés à la clinique, quatre se sont manifestés. Le Tableau 1 illustre la diversité des profils et expériences des personnes ayant participé à l'étude.

Collecte des données

Deux stratégies de collecte ont été privilégiées afin d'obtenir une variété d'informations et de témoignages : groupes de discussion (GD) et entretiens individuels (EI) en profondeur.

D'abord, deux GD ont eu lieu pour dégager les thèmes communs de l'expérience des soignants et nous familiariser avec leur réalité. Le choix de mener des GD s'est fait pour des raisons pragmatiques : pour éviter d'ajouter une tâche supplémentaire à leur horaire, les soignants étaient conviés à des GD lors de leur rencontre hebdomadaire. Les professionnelles de la santé de l'équipe, c'est-à-dire intervenantes sociales et infirmières ($n=9$), ont été rencontrées ensemble du fait que leur expérience en tant que soignantes repose, entre autres, sur des savoirs « professionnels », et de la similitude en termes de charge de travail et de responsabilité attendues. Un second GD a eu avec les pairs aidants ($n=3$) qui ont été rencontrés ensemble afin de faciliter l'élaboration de leur expérience reposant sur des savoirs expérientiels (être/avoir été PMSP), mais aussi en lien avec leur récente arrivée dans l'équipe. En les rencontrant séparément, nous pouvions nous intéresser à la spécificité de leur rôle et mieux contextualiser leurs expériences en tant que personnes paires.

Les GD ont eu lieu en septembre 2022 et étaient coanimés par la chercheuse principale et une assistante de recherche. Les participants étaient initialement invités à se présenter, à parler de leurs motivations à effectuer ce travail ainsi que des informations qu'ils jugeaient adéquat de partager. Puis, des questions ouvertes étaient posées pour orienter la discussion, et des questions de relances étaient posées pour les inviter à approfondir. Les thèmes abordés étaient : 1) les expériences de la pratique et ses spécificités; 2) les principaux défis rencontrés et les répercussions sur la santé mentale; 3) les stratégies d'adaptation et facteurs facilitant leur expérience et 4) les pistes d'amélioration. Nous nous intéressions particulièrement aux thèmes émergents plutôt qu'aux catégories d'analyse préétablies. Les GD étaient d'une durée de deux heures lors

Tableau 1*Caractéristiques des participants*

	Groupes de discussion	Entretiens individuels
Nombre de participants	12	8, dont 4 qui ont participé aux groupes de discussion
Genre	9 femmes 3 hommes	7 femmes 1 homme
Âge	25 ans – 30 ans : 3 31 ans – 35 ans : 7 36 ans – 40 ans : 1 45 ans – 50 ans : 1 50 ans – 55 ans : 0	25 ans – 30 ans : 2 31 ans – 35 ans : 2 36 ans – 40 ans : 0 45 ans – 50 ans : 3 50 ans – 55 ans : 1
Pays d'origine	Canada (hors Québec) : 1 Cameroun : 1 Colombie : 1 France : 2 Haïti : 1 Québec : 4 Sénégal : 1 Venezuela : 1	Écosse : 1 France : 2 Québec : 4 Venezuela : 1
Profession	Infirmières : 4 Intervenants de proximité : 3 Pairs migrants : 3 Travailleuses sociales : 2	Infirmières : 3 Médecins omnipraticiens : 3 Médecin spécialiste : 1 Travailleuse sociale : 1
Nombre d'années d'expérience en santé	- de 1 an : 3 1 à 5 ans : 4 6 à 10 ans : 2 11 à 15 ans : 2 16 à 20 ans : 1	1 à 5 ans : 2 6 à 10 ans : 2 11 à 15 ans : 2 16 à 20 ans : 1 + de 20 ans : 1
Expérience auprès des PMSP	- de 1 an : 5 1 à 5 ans : 5 5 à 10 ans : 0 + de 10 ans : 2	- de 1 an : 0 1 à 5 ans : 6 5 à 10 ans : 1 + de 10 ans : 1

desquelles l'ensemble des participants ont pris la parole et se relançaient les uns les autres. Lorsque des sujets faisant appel à des expériences ressenties étaient soulevés, nous les encourageons à les approfondir et à élaborer autour de leur signification. Nous portons attention au langage employé et les relançons à partir de ces termes pour rester le plus près possible de leur expérience. À la fin du GD, ils étaient encouragés à prendre rendez-vous pour approfondir leur partage et aborder des aspects plus difficiles à couvrir en groupe.

Une fois les GD complétés, des EI ont eu lieu (octobre 2022-décembre 2023), certains auprès de participants aux GD désirant apporter plus de nuances à leur expérience (n=4); d'autres, auprès d'autres soignants. Un total de huit personnes (quatre médecins, trois infirmières et une travailleuse sociale) se sont manifestées afin de s'entretenir avec nous dans le cadre de ces EI qui étaient d'une durée d'une heure trente minutes. Nous portons notre attention sur l'expérience vécue et sur la manière dont elles nous la partageaient, ce qui nous amenait à adopter une posture inductive plutôt que de suivre à la lettre le guide d'entrevue. Les thématiques abordées étaient les mêmes que celles couvertes lors des GD, permettant d'obtenir cette information auprès de personnes n'ayant pas pu participer aux GD, et permettant à celles ayant participé à la discussion d'approfondir leur expérience vécue, les dimensions plus sensibles de leur expérience, leurs perceptions des difficultés de l'équipe et de présenter des cas spécifiques pour illustrer leurs propos. Lors des EI, la chercheuse suivait le rythme de la personne, approfondissait les thématiques soulevées par celle-ci tout en s'assurant de couvrir les grandes rubriques du guide d'entretien. Ainsi, il était possible d'accéder à des récits inattendus.

Approche théorique

Non seulement parce que la problématique n'avait pas été décrite précédemment, mais également face à la complexité de l'expérience des participants, nous avons adopté une posture phénoménologique. Puisque l'expérience des soignants reflète nécessairement un caractère hautement subjectif, nous souhaitons laisser libre cours à la manière dont ils pouvaient se représenter leurs expériences. Aussi, étant soumis à de nombreuses contraintes administratives, réglementaires et légales, nous souhaitons mettre en place un dispositif méthodologique permettant de capter ces dimensions socialement et politiquement déterminées.

Depuis Merleau-Ponty (1945, 1964), la phénoménologie s'est développée comme posture philosophique et comme approche méthodologique à l'expérience humaine en prenant appui sur le corps comme source de perception et comme moyen de création de sens à l'expérience sensorielle et éprouvée (Lems, 2020). La phénoménologie ancre le savoir dans la corporéité de chaque individu; ce faisant, la manière d'être dans son corps témoigne également d'une manière d'être au monde, d'organiser son discours et d'orienter ses actions. Cette approche met l'accent sur le récit du sujet, de ses

expériences quotidiennes vécues, comme moyen d'accéder à sa représentation du monde et donc à sa représentation de lui-même. C'est selon la perspective propre du sujet, selon le point de vue à la première personne que peut se déployer une compréhension des systèmes dans lesquels il évolue et de l'influence de ces systèmes sur sa construction psychique. La phénoménologie repose sur la création de récits en profondeur qui sont utilisés comme moyen d'avoir accès à l'Autre, en tentant de demeurer le plus proche possible de son expérience.

Bien que la terminologie ne soit pas clairement définie (Salamon, 2018), la phénoménologie critique conçoit que le récit du sujet n'est pas que modelé de ses expériences sensorielles et interpersonnelles, mais aussi, et surtout, des structures sociales et les institutions qu'il côtoie directement ou indirectement (Rathe, 2022). Selon cette perspective, le rapport au monde de l'individu se comprend à la lumière de ces influences structurelles, bien qu'il ne soit pas toujours en mesure de le mettre en mots. Autrement dit, le sujet existe en son corps et appréhende le monde à travers les structures sociales, culturelles, institutionnelles et politiques qui l'entourent (Mattingly, 2019). Pour Guenther (2022), la phénoménologie critique porte une visée transformatrice, car elle vise le dévoilement des structures de pouvoir sous-jacentes à l'expérience subjective. Elle fait intervenir l'expérience subjective comme point de départ, informant sur le mode d'existence, c'est-à-dire la manière d'être au monde en tant qu'expérience sociopolitique. En portant l'attention sur la manière dont le sujet met en récit son expérience, il est possible de visibiliser les injustices structurelles qui se dévoilent à travers le discours. Inspirée des travaux de Foucault sur la gouvernementalité et la subjectivisation (Foucault, 1988, 2004), la phénoménologie critique s'intéresse à la manière dont les structures de pouvoir se fraient un chemin jusque dans les processus internes des individus, dans leurs rapports au monde et dans leur manière de s'exprimer. La phénoménologie critique tente de joindre la perspective de l'expérience vécue avec un regard sociopolitique et d'en dégager les influences mutuelles et réciproques (Desjarlais & Throop, 2011) : elle permet d'accéder à ce qui est au-delà ou en deçà du conscient, de mettre en lumière des parties de l'expérience qui ne peuvent pas être explicitées, qui sont vécues, mais qui ne sont pas interprétées et qui sont soumises à des forces sociales oppressives.

Analyses des données

Guidées par cette approche théorique et méthodologique, nous avons élaboré une stratégie d'analyse de données suivant plusieurs étapes. Une fois les GD terminés, les impressions de la chercheuse principale étaient échangées avec la coanimatrice, puis consignées sous formes audios. Les bandes audios des entretiens étaient ensuite partagées à la cochercheuse et écoutées par celle-ci, puis les impressions, réflexions et pistes interprétatives étaient partagées et discutées. Après chaque échange, la chercheuse principale consignait le contenu de l'échange; cela permettait d'éviter d'interpréter

prématurément les propos des participants, tout en permettant l'émergence de nos propres impressions, observations et ressentis. Ce processus a également permis de préciser nos questionnements, d'affiner la manière de poser nos questions et d'être à l'écoute de ce qui semblait central dans l'expérience des soignants. Le même processus de partage des bandes audios et de partage d'impressions a eu lieu entre les deux chercheuses pour les EI, puis les bandes audios ont été transcrites. Lors du processus de transcription, les observations, impressions et ressentis de la chercheuse principale étaient consignés de sorte à ne pas influencer la perception des propos des participants (Pigeon-Gagné et al., 2025). Une fois transcrits, les verbatim ont été lus à plusieurs reprises pour se familiariser avec leur contenu, puis une analyse thématique phénoménologique a été réalisée permettant de regrouper les thèmes récurrents. D'abord, l'analyse consistait à identifier les thèmes soulevés en apposant un libellé le plus près du vocabulaire employé par la personne et, grâce à la plateforme Miro, nous avons créé un nuage de thème et identifié les liaisons qui étaient faites entre ceux-ci par le participant. Nous avons donc une représentation visuelle de l'ensemble des thèmes soulevés par une personne et des liens perçus entre eux. Cet exercice a été fait pour chaque participant, permettant ainsi d'avoir une vision globale et descriptive des thèmes abordés. Les thèmes ayant émergé ont ensuite été présentés et discutés en équipe. Par la suite, les thèmes ont été codés et organisés grâce au logiciel NVivo où les thèmes récurrents ont pu être identifiés, ceux partageant des similitudes ont pu être mis en dialogue et les thèmes spécifiques ont pu être approfondis. Puisque notre analyse thématique était guidée par les principes de la phénoménologie critique, nous avons porté une attention particulière à mettre en lumière les aspects de l'expérience subjective rapportée avec les contraintes et déterminants d'ordre structurel lorsque cela était également souligné par les participants. En plus des thématiques récurrentes, nous avons porté notre attention sur la séquence dans laquelle les participants élaboraient leur pensée.

Résultats

Malgré la diversité de profils socioprofessionnels des soignants, nous identifions de nombreuses similitudes dans leur manière de relater leur vécu, notamment dans leur tendance à construire leur récit selon la séquence suivante : 1) leur rapport à leur rôle professionnel; 2) leur rapport aux institutions de soins; 3) leur rapport à leur monde interne. Les résultats sont présentés selon cette séquence afin de rester le plus fidèles à leur manière de se représenter leur expérience.

Représentation de leur rôle professionnel – des soignants surchargés

D'entrée de jeu, l'ensemble des participants positionnaient leur pratique en spécifiant trouver ce travail plus éprouvant que leurs expériences précédentes (urgence, médecine humanitaire, forces armées canadiennes, unité post-greffes). Ils soulignaient spécifiquement le défi de devoir répondre à des situations médicales et psychosociales

complexes (complications graves de grossesse, violence conjugale, insuffisance rénale, diabète non traité, cancer, multipathologies, maladies infectieuses, psychose, passage à l'acte suicidaire) en ayant accès à très peu de ressources :

Je passe mon temps à la clinique, hors d'ouverture, à ramasser des gens devant la porte qui se présentent *random*. Tu leur expliques, t'essaies de rester ferme, mais c'est très dur d'envoyer quelqu'un qui te dit « Ah là, je vais mal ». Tu t'adaptes. Il y a des situations de violence conjugale, une femme battue, elle arrive devant la porte, tu ne vas pas lui dire « non, Madame, on est fermée aujourd'hui », tu l'installes quand même, tu vas discuter, essayer de comprendre, l'aiguiller, même si elle n'est pas éligible aux services. Tu vas prendre le temps de lui expliquer, de lui donner les ressources. S'il y a un signalement, voir comment tu peux l'aider. Donc malheureusement ça ne s'arrête jamais, donc pour moi il faut apprendre à vivre avec, puis trouver un moyen de lutter contre notre impuissance (Infirmière).

Les participants attiraient notre attention sur une tension entre, d'un côté, la réalité des PMSP (précarité économique, complexité des situations médicales, barrières linguistiques, méfiance envers les institutions et isolement social) et, de l'autre côté, les obstacles et contraintes organisationnelles limitant énormément leurs capacités d'action (frais de consultation et d'hospitalisation hors de portée, refus de soins, perte des corridors de services). Les contraintes imposées par l'absence de couverture d'assurance médicale étaient perçues et vécues comme surpassant largement les difficultés caractérisant leur pratique auprès d'autres populations vulnérables (personnes en situation d'itinérance, communautés autochtones éloignées).

Ils décrivaient leurs pratiques comme une forme de *médecine humanitaire* ayant la particularité de prendre racine dans un contexte social où les ressources sont nombreuses, mais injustement distribuées. Ils parlaient longuement du niveau de vulnérabilité auquel ils sont confrontés (droits bafoués, exploitation par les employeurs et par les locataires des logements, conditions de vie difficile, méfiance, isolement social) et qui leur faisaient vivre confusion ou impuissance :

Quand on est à MdM, ce n'est pas de la médecine facile. Ce n'est pas « vous avez mal au dos, on va faire un scan ». Non, vous allez devoir examiner le patient de fond en comble, réfléchir, prioriser aussi parce qu'on n'a pas beaucoup de temps. Le patient, il n'a pas beaucoup d'argent, il n'a pas beaucoup de temps, il ne peut pas se déplacer. On n'a pas de ressources, on peut faire échographie, radiographies simples et quelques prises de sang de base, c'est tout. C'est vraiment comme de la médecine de brousse. Il faut y aller avec ce qu'on a, donc c'est sûr que c'est difficile. Il y a énormément de médecins qui essayent de venir à MdM. Ça part d'une très bonne

intention et c'est super. Mais ils se retrouvent sortis de leur environnement, puis ils ne savent pas quoi faire, tu vois qu'ils sont complètement paumés. Ils disent « oui, mais normalement on devrait faire ça ». Ben oui, mais on ne peut pas, on ne peut pas faire ça, on ne peut pas faire une coloscopie. Ces outils-là, on ne les a pas, on est tellement habitués qu'on ne sait pas trop comment faire sans (Médecin).

Les soignants soulignaient la grande difficulté de devoir composer avec un *flow de patients*, c'est-à-dire devoir recevoir une quantité de personnes sans pouvoir leur offrir des soins, raison pour laquelle plusieurs mécanismes de triage sont en place. L'effet de l'arrivée des patients lors des cliniques sans rendez-vous génère une sensation d'écrasement et d'étranglement : « on est envahis, parfois il y a 80-100 personnes qui attendent pour un rendez-vous, alors qu'on n'a que 4 ou 5 places avec une infirmière et pas de médecin, ça me donne parfois la nausée » (Infirmière). Cela était mis en relation également avec le fait que les cas médicaux et psychosociaux étaient chacun hautement complexes et nécessitant de nombreuses heures de travail, ce qui était impossible à cause du manque de ressources, mais également parce qu'ils jugeaient impossible de « choisir » pour quels patients déployer temps et énergie, car tous présentent des problématiques requérant des soins immédiats.

Rapport aux établissements de santé – des soignants en porte-à-faux

Rapidement, les soignants exprimaient vivre un inconfort lié au fait de refuser d'offrir des soins à des patients, et ce, sur une base régulière. Cela représentait une entrave à leurs valeurs personnelles profondes et à des principes fondamentaux de leur profession, occasionnant une forte dissonance. Ils mentionnaient devoir sans cesse « se battre contre le système » et offrir des soins en portant attention aux coûts des traitements et proposer des solutions de remplacement moins dispendieuses (et moins efficaces), ce qui leur paraissait injuste⁵. Spécifiquement, ils parlaient de la pression liée à l'absence de directives les amenant à travailler en dehors des procédures balisant leur profession (standard de soins, tests diagnostiques, actes réservés) et à faire preuve d'une grande autonomie pour acquérir de nouvelles connaissances à la marge des institutions de soins (réseau informel de collègues, groupes de soutien sur les réseaux sociaux). Cela est vécu comme étant épuisant :

il faut aller cogner à toutes les portes que tu connais, parfois juste pour qu'un spécialiste te donne des impressions pour te rassurer que tu n'es pas en train de faire n'importe quoi et que ce n'est pas dangereux (Médecin omnipraticien).

Les soignants abordaient les nombreux obstacles administratifs lorsque des arrimages, collaborations ou référencement sont nécessaires : refus de soins, mécompréhensions des professionnels concernant la réalité des PMSP, racisme, procédures aléatoires, etc. Les établissements de santé étaient qualifiés d'*institutions*

mécaniques et les soignants élaboraient longuement sur la manière dont les contacts avec ces institutions sont ardues et conflictuels :

Comme ce sont des personnes qui ne se plaignent pas, qui ne veulent pas déranger, ils sont inoffensifs. On dirait que les gens en profitent. Les patients se font refuser au triage de l'hôpital même quand ce sont des urgences⁶ et ils nous reviennent, mais on ne peut rien faire parce qu'ils ont besoin de soins qu'on n'a pas ici. On voit aussi des médecins qui acceptent de l'argent, mais qui vont leur dire « vous devez faire des radios, des prises de sang », et ils nous les renvoient parce que les patients ne peuvent pas payer. Certains médecins n'interprètent même pas le résultat, ils prennent l'argent, ils font une consultation, mais le patient sort sans prescription, puis il nous revient et on ne peut rien faire, c'est vraiment frustrant (Infirmière).

Face à ces obstacles, les soignants devaient encourager les patients à s'autonomiser et à porter la responsabilité des suivis malgré les barrières linguistiques. Ils abordaient cela avec un sentiment d'injustice dur à porter, car associé à un manque de volonté politique : « les patients n'ont pas un problème médical, plutôt d'être invisibles aux yeux des politiciens, le problème c'est qu'on vit dans une société qui adopte des politiques migratoires excluantes qui précarise les migrants » (Pair aidant). Pour les soignants, la façon de résoudre leurs défis quotidiens est d'offrir une assurance médicale aux personnes migrantes; solution qui est hors de leur portée, leur faisant vivre frustration et impuissance :

C'est un défi, car nous voyons la souffrance et on ne peut rien faire. C'est à l'État de résoudre ce problème. Nous, ce qu'on peut faire, c'est très limité. Je peux travailler fort pour aider la personne à régulariser sa situation, mais tant qu'elle n'a pas de statut... Et, à la fin de la journée, moi j'en ai un statut, j'en ai des droits, donc c'est difficile à porter, ça vient avec un énorme sentiment d'impuissance et de culpabilité. Et, j'ai trop d'empathie, donc c'est vraiment difficile de savoir jusqu'où je peux aller avec la personne parce qu'au bout de la ligne, ce ne sera jamais assez. Je me mets dans leur situation, je veux les aider et être là pour eux, mais, je me rends compte que ce sont des choses qui sont à court terme. Les choses long terme, politiques, c'est difficile d'avoir un impact. C'est très frustrant, je pourrai faire juste un petit peu, mais ensuite, je ne sais pas ce qui va se passer (Travailleuse sociale).

Ils parlaient de l'exclusion, de l'invisibilisation et de l'ignorance de la population et des politiciens, menant de nombreuses personnes à être sans statut. Pour eux, le contexte sociopolitique est à la source de leurs difficultés (« c'est la situation migratoire en elle-même qui crée des pathologies de santé mentale ») et au cœur de leur expérience comme soignants. Faisant face à un système hostile dans lequel les PMSP se confrontent

sans cesse à des barrières (linguistiques, culturelles, administratives, financières) et vivant dans des conditions précaires, elles attendent que leur condition soit détériorée avant de consulter; les soignants se disent épuisés et impuissants devant des situations sans issue. Unanimement, ils se disaient outrés et révoltés face au système, surtout lorsqu'ils accompagnent une personne refusée à l'hôpital, pouvant mener à un décès évitable :

Je le vois avec le temps, il y a une étiquette de péremption plus rapide. Normalement, je peux faire 5-10 ans quelque part. Là, j'en suis à un an et demi, et je me dis que je ne pourrai pas « tougher » encore longtemps. Je n'y suis pas encore, mais c'est tellement dur de perdre des patients qu'on aurait pu sauver. D'autres fois, au moins on aurait pu aider et leur donner un peu plus d'humanité à la fin s'ils avaient eu accès aux soins. Les situations qui me révoltent et qui me mettent hors de moi, c'est quand je suis témoin d'une barrière qu'ils rencontrent et qu'ils ne devraient pas avoir à faire face à ça. Ce sont des moments où t'as envie de jeter l'éponge. Quand tu t'es écharpé avec quelqu'un à l'accueil de l'hôpital qui te hurle dessus, qui ne veut même pas parler au patient qui est en face de lui, qui refuse de lui adresser la parole. C'est ahurissant, mais ça arrive (Infirmière).

L'autre chose, c'est la colère d'être témoin de ça. J'ai décidé de vouloir aller plus dans l'organisation, d'être chargée de projet pour être moins directement en intervention, parce que je trouvais ça épuisant et compliqué. Il y avait un monsieur que j'ai accompagné pendant des années, et il est mort parce que le système a fait en sorte que... On est au Canada, un pays riche, comment ça un monsieur de plus de 70 ans n'a pas accès à un truc basique de diabète? Puis, il doit se faire amputer d'un orteil, finit avec un truc énorme et en meurt? Moi en tant qu'intervenante, ça me déprime. Ce sont toutes ces situations qui te disent qu'il faut aller vraiment plus loin. J'en ai marre de faire en sorte que les gens ne fassent que s'acclimater à ce système qui est si injuste (Intervenante sociale).

Les soignants se disaient usés, épuisés, vidés et désabusés. Cela finit par se traduire par une « incapacité à mettre la switch à off » ou alors par un désinvestissement : « les anciennes infirmières te le diront, elles ne veulent plus jamais entendre parler de MdM » (Infirmière), ce qui occasionne des tensions dans l'équipe, car certains sentent qu'ils doivent compenser pour des collègues débordés.

Rapport à leur monde interne – des soignants désillusionnés

Lorsqu'invités à aborder les répercussions psychologiques, ils élaboraient sur les défis propres à l'organisation (manque de ressources humaines et financières) faisant en sorte qu'ils ne peuvent pas répondre aux besoins des patients. Ils se montraient aussi préoccupés et frustrés de la fragilité des partenariats développés avec des équipes

médicales, des laboratoires, etc. rendant leur expérience instable, imprévisible et nécessitant de constants réaménagements. Ils se montraient aussi très critiques à l'égard du Réseau de la Santé et des Services Sociaux (RSSS) en faisant des comparaisons avec « la maison des fous d'Astérix » qui instaure des procédures, règlements et politiques institutionnelles faisant en sorte qu'il est très fréquent que les patients soient refusés au triage malgré qu'ils présentent une condition mettant leur vie en péril. Ils se montraient très critiques envers les médecins qui demandent aux patients de les payer directement⁷, ce qui est pourtant contraire aux directives officielles en vigueur.

Ils poursuivaient en se disant découragés lorsqu'ils se retrouvaient avec des « patients boomerang », c'est-à-dire des patients ayant des conditions nécessitant des soins hospitaliers, mais étant renvoyés chez MdM où les soins requis ne sont pas disponibles. Cela occasionnait non seulement une surcharge de travail, mais surtout une grande impuissance et une révolte. C'est après avoir exposé tous ces éléments de contexte qu'ils finissaient par plonger dans leur vécu affectif en organisant leur discours autour de l'envahissement émotionnel (crises de larmes incontrôlables, impulsivité), de l'épuisement (ne plus vouloir travailler, ne pas prendre de vacances) avec des expressions telles que : « *d'être seuls au monde* », « *de ne jamais arriver au bout, d'être aspirés dans un tourbillon* », « *de pelleter de la neige avec une petite cuillère* », « *de devoir vivre avec des petits fantômes* » en faisant référence aux patients décédés pour des raisons banales et évitables. En nommant en rafale ces différents ressentis, ils élaboraient peu, mais nommaient explicitement une forme de cynisme, de désillusionnement et une forte perception d'injustice :

Je suis à risque de devenir cynique. Il y a des nations qui vont très bien économiquement, car elles ont pris des ressources dans d'autres pays. Ces pays sont maintenant dans des situations très difficiles et ce sont leurs populations qui sont en train d'essayer de traverser les frontières. Je trouve qu'il y a une injustice globale. Je suis à risque d'être cynique. Il y a une protection que je dois établir pour me protéger. Je dois accepter que je ne peux pas le faire individuellement. Je peux faire des choses à un certain niveau, mais est-ce que je suis en train de régler le problème ou juste comme superficiellement traiter des petits bobos? (Médecin).

Les soignants œuvrant au sein du RSSS précisaient que leur expérience était grandement influencée par la crainte d'être réprimandés ou marginalisés par leurs collègues. Même s'ils considéraient juste de rencontrer des PMSP sans être rémunérés, cette pratique pouvait engendrer des répercussions importantes : 1) en médecine familiale : risque de pénalités en lien avec l'atteinte de quotas de patients inscrits à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), conséquences sur la charge et le climat de travail, et les relations avec les collègues; 2) en urgence : crainte d'être l'objet

d'une plainte. Pour ces raisons, les médecins mentionnaient s'adonner à cette pratique de façon cachée.

Concernant les stratégies utilisées pour gérer la charge émotionnelle, plusieurs soignants reconnaissaient avoir de la difficulté à intégrer des moments de pause dans leur horaire et à adopter des habitudes de vie équilibrées. Plusieurs relataient d'ailleurs des situations lors desquelles, après un retour de vacances, un de leurs patients était décédé, engendrant une énorme culpabilité. Ils spécifiaient se tourner vers la psychothérapie pour les outiller à poser leurs limites et pour départager leur vécu de celui des patients, mais plusieurs n'avaient pas les ressources financières suffisantes pour s'engager dans une démarche thérapeutique. Les soignants tentaient de mettre en place des stratégies (sans préciser) pour opérer une coupure avec leur vie professionnelle, pour les aider à tolérer leur impuissance, pour *lâcher prise* en employant des expressions telles que : « *il faut se rappeler qu'on ne peut pas sauver tout le monde* », « *il faut apprendre à segmenter et seulement focus sur le court terme* » « *il faut simplement s'efforcer de ne pas penser* » ou « *il faut continuer de faire pour ne pas tomber* ».

Discussion

Dans cette étude, nous nous sommes penchées sur la réalité des soignants pratiquant auprès des PMSP au Québec, ce qui est sous-étudié, notamment car il s'agit d'une pratique marginale et invisibilisée. La demande initiale de MdM était de mieux comprendre la détresse vécue afin de réfléchir à des stratégies pour offrir du soutien psychologique et favoriser la rétention du personnel.

S'intéresser aux soignants revêt une double pertinence sous l'angle des ISSM. D'abord, les soignants présentent des prévalences élevées de troubles de stress post-traumatiques et de troubles anxio-dépressifs (Hill et al., 2022). La nature de leur travail fait en sorte qu'ils sont plus à risque d'être exposés à des situations difficiles, voire traumatiques, tout en exerçant au sein de systèmes de santé éprouvés (Allan et al., 2020). Au Québec, ils sont à risque de vivre de la détresse psychologique, de l'épuisement, de la fatigue de compassion et du stress traumatique secondaire (Carazo et al., 2022; Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec [CNESST], 2022) et représentent une sous-population vulnérable pour laquelle il importe de développer des interventions adaptées à leur réalité. Ensuite, dans le cas spécifique de notre étude, ils assurent l'offre de soins à des personnes ne pouvant en recevoir autrement. Ainsi, si leur état de santé mentale est détérioré, cela a une incidence sur la qualité des soins qu'ils peuvent offrir (mais plus largement, sur le choix d'offrir ou non des soins), surtout lorsque l'offre de soins est complexe comme cela est le cas pour les PMSP. Mener des recherches sur la réalité psychique des soignants nous semble crucial dans une perspective d'équité, puisqu'ils exercent une influence significative sur les recours aux soins des PMSP (Armenta & Sarabia, 2020; Barkensjö et al., 2018). La santé mentale de ces soignants demeure un sujet sous-exploré; les quelques études à cet

effet ont été réalisées aux États-Unis (Cervantes et al., 2018; Fabi & Talor, 2019; Jawed et al., 2021) et soulignent l'ampleur de la détresse morale en contexte de soins d'urgence ou d'hémodialyse.

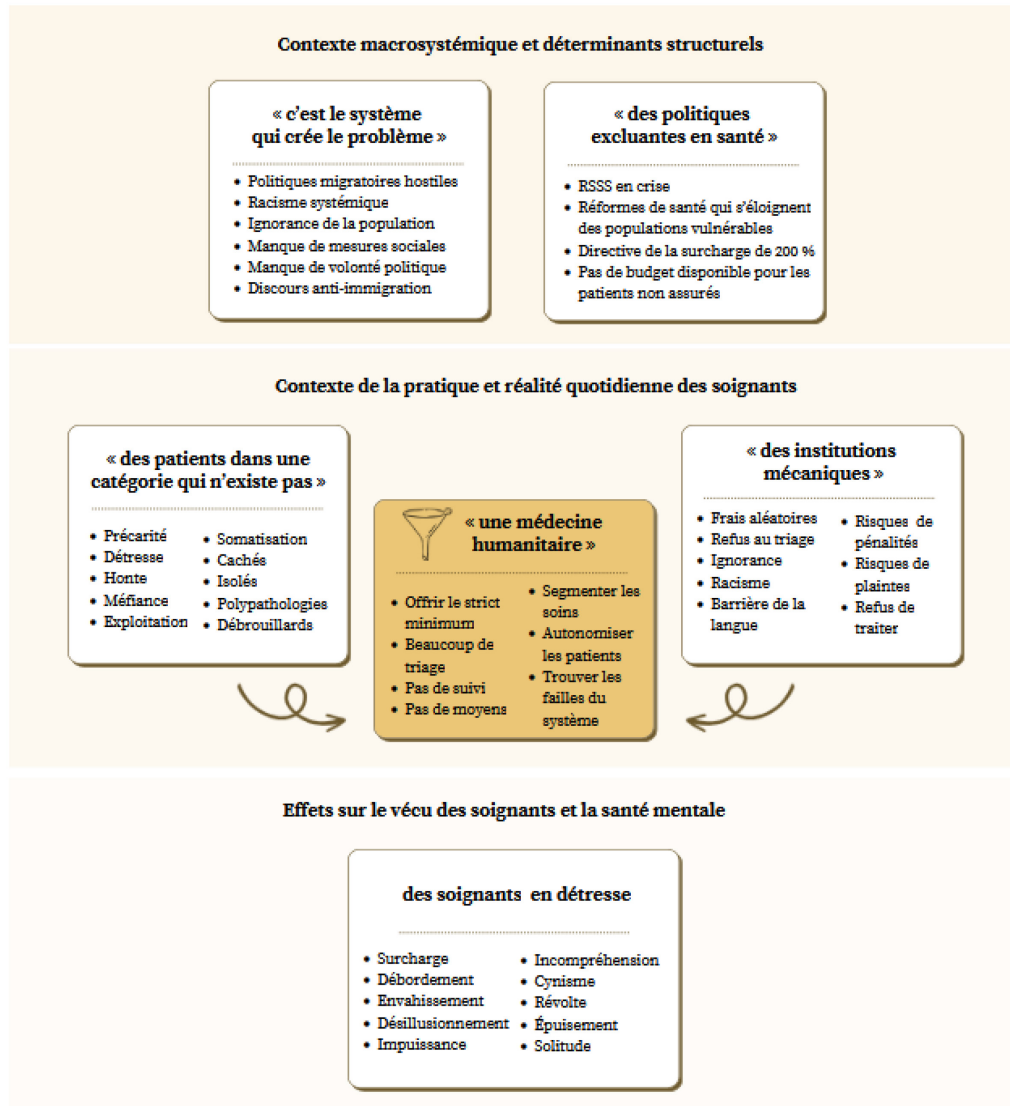
Pour apporter un éclairage sur cette problématique en contexte québécois, nous avons développé une étude qualitative afin de recueillir les récits des soignants associés à l'offre de soins aux PMSP dans la ville de Montréal. Les résultats obtenus par cette étude exploratoire nous informent sur la manière dont les soignants se représentent leur rôle auprès de cette population en exposant l'ampleur des défis rencontrés et les répercussions sur leur état émotionnel. Pour approfondir la portée des résultats, nous proposons de les organiser sous forme schématique (Figure 1) en prenant appui sur des typologies distinguant les obstacles politiques, organisationnels et individuels de l'accès aux soins (Hacker et al., 2015; Suphanchaimat et al., 2015). Ces typologies sont particulièrement pertinentes dans un contexte où les politiques restreignant l'accès aux soins pour les PMSP agissent comme déterminants structurels du recours aux services de santé, ce qui se répercute sur leur état de santé physique et mentale (Brabant & Reynault, 2012; De Jong et al., 2017; Gagnon et al., 2022). En nous inspirant de ces typologies, nous dégagons une compréhension de l'influence des déterminants structurels sur l'état de santé mentale des soignants travaillant directement auprès des PMSP exclues des services de santé.

Nous avons adopté une posture phénoménologique critique, posture à l'écoute de la manière dont chaque personne construit le récit de son expérience subjective et l'inscrit au sein de structures sociales et de rapports de pouvoir (Lems, 2020; Mattingly, 2019; Rathe, 2022). Cette démarche nous a permis de décrire l'expérience des soignants en restant le plus près possible de leur vécu, plutôt que de proposer une compréhension adossée aux visions médicales de la santé mentale fréquentes en santé publique. Nous argumentons que la phénoménologie critique permet d'entendre la singularité de l'expérience subjective, tout en facilitant un travail de liaison avec les déterminants structurels à la source des ISSM. Cette approche permet d'élargir, de nuancer et d'approfondir notre compréhension des mécanismes sous-jacents aux inégalités, et donc revêt un choix méthodologique à considérer pour capter les influences complexes et multiples des déterminants structurels qui sont difficiles à documenter étant donné leurs effets indirects et entremêlés.

En nous intéressant à la séquence selon laquelle les thématiques étaient abordées et en nous concentrant sur les liens faits par chacune des personnes entre la description de leur pratique et les aspects affectifs de celle-ci, nous avons pu dégager des observations. Premièrement, les soignants abordent spontanément leur expérience en évoquant les barrières systémiques et institutionnelles, obstacles auxquels ils lient leur détresse, mais aussi celle vécue par les patients. Une fois ces obstacles exposés, les soignants mettent de l'avant l'ensemble des aspects difficiles de leur vécu (sentiment de

Figure 1

Vécu des soignants au regard du contexte macrosystémique et organisationnel



révolte, impuissance, culpabilité, résignation) et semblent comprendre leur expérience de manière indissociable des conditions structurelles qui la balisent. Deuxièmement, ils mettent en mots de façon explicite, exhaustive et détaillée les conditions sociales et

matérielles des patients (et leurs propres conditions de travail) et semblent se représenter leur expérience affective selon une logique chronologique accolée aux trajectoires suivies par les patients lors de leurs épisodes de soins. Ainsi, leur détresse paraît intimement liée à celle vécue par les patients de laquelle ils sont témoins quotidiennement. Cela nous interroge sur la capacité des soignants à nommer leur propre détresse, alors qu'ils côtoient de près la souffrance accablante des PMSP; comme si leur expérience était indissociable de celles des patients, comme s'ils masquaient la leur pour laisser toute la place à celle de ces personnes invisibilisées. Finalement, ces résultats pris dans leur ensemble nous amènent à envisager leur détresse comme étant le fruit 1) d'une impuissance récurrente occasionnant un état d'épuisement face aux institutions de soins perçues comme injustes et au sein desquelles ils doivent naviguer et 2) de l'engagement moral envers des personnes précarisées et marginalisées par des politiques oppressives. L'inconfort semble venir de leur position d'intermédiaires entre les structures et les PMSP, ce qui a été documenté ailleurs comme une source de dissonance (Sandblom & Mangrio, 2016; Suphanchaimat et al., 2015).

Les écrits provenant de la phénoménologie critique de la migration peuvent apporter des éclairages supplémentaires. Ces travaux ont permis de documenter les effets des politiques migratoires sur la vie quotidienne, subjective et intime des PMSP (Coutin, 2003; De Genova, 2002; Willen, 2007). Dans leur globalité, ces travaux dégagent un paradoxe entre l'invisibilisation et l'hypervisibilisation des PMSP par les discours et politiques publiques, les mettant dans une position précaire sur le plan matériel et psychique. Étant désignées comme « illégales », les PMSP se voient « légitimement » écartées des services publics, notamment des institutions de soins (et des droits dits universels) contribuant à leur marginalisation et, dans certains cas, à la détérioration de leur état de santé physique et mentale, mais aussi à l'intériorisation de cette « illégalité » et de cette vision de soi-même comme « ne méritant pas » un accès aux soins de santé. Précédemment, aucune étude utilisant cette approche n'a été menée au Québec, alors qu'il s'agit d'une méthodologie répandue pour documenter l'expérience des PMSP ailleurs, illustrant potentiellement certains mécanismes d'invisibilisation de la réalité des PSMP dans notre contexte. Aussi, aucun écrit ne s'est précédemment intéressé à étendre ce cadre d'analyse pour capter les répercussions de ces mêmes structures sur les soignants qui se retrouvent pourtant en avant-plan lorsqu'ils en viennent à constater l'impact des politiques excluantes. Dans le cas qui nous intéresse, les soignants attirent notre attention sur l'ignorance de la population quant à la réalité concrète et quotidienne des PMSP, ce qu'ils lient à des attitudes défavorables, voire racistes, mais également à l'invisibilisation des conditions d'exploitation et d'extrême précarité dans lesquelles se trouvent ces personnes (Brabant & Raynault, 2012; Gagnon et al., 2022; Magalhaes et al., 2010). Leur illégitimité à avoir accès aux services de santé selon les mêmes droits que les personnes non immigrantes, ou certaines catégories de personnes immigrantes, fait des personnes sans assurances médicales des patients qui ont recours aux soins de

santé uniquement en cas d'urgence (Hintjens et al., 2020; Liang et al., 2019). Notre étude souligne que les barrières d'accès aux soins, qu'elles soient formelles (directives ministérielles, politiques institutionnelles) ou informelles (attitudes racistes, barrières linguistiques, peur d'être déportés), n'impactent pas uniquement la santé mentale des patients impuissants et sans recours, mais également celle des soignants. Bendixen (2020) a exposé de quelle manière la santé mentale détériorée des PMSP est liée aux conditions sociopolitiques de l'expérience d'être sans statut. À l'instar des patients, les soignants semblent associer leur détresse aux conditions sociostructurelles dans lesquelles ils évoluent en offrant des soins à ces personnes.

À la lumière de ces écrits, les propos des soignants sont illustratifs d'effets directs et indirects de certains déterminants structurels de la santé (politiques migratoires, politiques d'accès aux soins de santé, discours politique entourant les PMSP) qui forgent les normes sociales ambiantes entourant les PMSP et qui influencent leurs comportements de recherche d'aide. Ils nous parlent en détail du niveau de précarité médicale et psychosociale de ces patients qui génèrent pour eux de la détresse s'exprimant par une oscillation entre impuissance, culpabilité et colère. Précisément, la directive ministérielle 03-01-42-07 et les politiques institutionnelles des établissements de santé en découlant⁸ représentent une série de déterminants structurels ayant d'importantes conséquences en matière de non-accès ou d'accès difficile aux soins. Alors qu'ils sont en contact direct avec la souffrance des patients, les soignants semblent percevoir négativement les directives en place (mais aussi les établissements de santé et les équipes médicales) et éprouver un sentiment de révolte envers les nombreux mécanismes institutionnels qualifiés d'injustes et de violents. Leur détresse semble inhérente à la pratique de leur profession auprès des PMSP, les amenant à travailler selon une logique humanitaire et à refuser de soigner certains patients présentant pourtant des besoins évidents et urgents. Par ailleurs, il est documenté que les travailleurs humanitaires rencontrent des défis spécifiques en matière de santé mentale et qu'ils ont tendance à sous-estimer leur détresse et à adopter des stratégies d'adaptation non optimale (évitement, cynisme, abnégation de soi, comportements autodestructeurs) au détriment de stratégies de régulation émotionnelle et de soins personnels (Curling & Simmons, 2010; Lopes Cardozo et al., 2012; Strohmeier & Scholte, 2015).

Pistes pour l'intervention

Nous retenons donc que pour comprendre (et agir sur) la santé mentale des soignants, il importe de jeter un regard sur les conditions de l'exercice de leur profession. Les professionnels de la santé représentent de plus en plus un groupe à risque de vivre de la détresse psychologique (Allan et al., 2020; Carazo et al., 2022; Hill et al., 2022). Cela est particulièrement vrai pour ceux œuvrant dans le milieu communautaire (Gauthier & Bentayeb, 2022) pouvant les inciter à réorienter leurs pratiques auprès de populations moins fragilisées – exacerbant les barrières d'accès aux soins pour ces populations, et

conséquemment les ISSM. Assurer une meilleure santé mentale des soignants par des politiques publiques ajustées à leurs réalités représente donc une avenue pour réduire ces inégalités.

Nous proposons trois pistes d'intervention pour soutenir les soignants travaillant auprès des PMSP. D'abord, des études portant sur l'épuisement professionnel dans le secteur de la santé suggèrent que les facteurs les plus déterminants pour la satisfaction au travail et, conséquemment, la rétention sont liés à : 1) la possibilité de recevoir un soutien dans l'environnement de travail; 2) la qualité du climat de travail et 3) la possibilité d'avoir un équilibre vie personnelle-professionnelle (d'Alessandro-Lowe et al., 2024; de Vries et al., 2023; Sheekha et al., 2024). Il serait donc pertinent de développer des groupes d'accompagnement et d'intervision/supervision portés par l'organisation afin de s'assurer que les soignants reçoivent un soutien suffisant sur le plan matériel, émotionnel et relationnel. Ensuite, les interventions développées en contexte de médecine humanitaire soulignent que le soutien organisationnel diminue considérablement le risque de présenter des problématiques de santé mentale, et que des rôles clairement balisés représentent un facteur essentiel au bien-être des travailleurs (Aldamman et al., 2019; Brooks et al., 2020; Jachens et al., 2019). Guskovict et Potocky (2018) suggèrent d'accompagner les soignants à distinguer : 1) les stressors inhérents; 2) ceux pouvant être réduits par des changements de perception, d'attitudes ou de comportements au travail; 3) ceux auxquels il est nécessaire de s'adapter en développant des stratégies de gestion émotionnelle et 4) ceux qui sont évitables et éliminables. Nous proposons donc la tenue d'activités structurées afin d'outiller les soignants à naviguer à travers les stressors et à développer des stratégies individuelles et collectives de gestion de ceux-ci. Finalement, considérant l'influence déterminante des facteurs politiques et de l'organisation des services, nous encourageons MdM et ses partenaires à poursuivre les activités de plaidoyer et de sensibilisation auprès des établissements du RSSS afin de soutenir un changement systémique.

Limites et pistes futures

La nature exploratoire de l'étude, le nombre restreint de participants et le fait qu'ils soient déjà sensibilisés à la réalité des PMSP limitent la portée de nos observations. Ces résultats doivent être approchés comme des pistes préliminaires à approfondir plutôt que comme un reflet de la réalité de la pratique des soignants auprès des PSMP au Québec. Afin de poursuivre l'exploration des dimensions structurelles à l'expérience subjective des soignants, il est indispensable : 1) de documenter le vécu de ceux qui se trouvent à soigner ces patients sans être préalablement sensibilisés; 2) d'explorer les effets sur les intervenants directement soumis aux directives et qui doivent évaluer s'il s'agit ou non d'urgences médicales; 3) de capter la perception qu'ont les administrateurs au sein du RSSS des politiques contraignantes auxquelles ceux-ci doivent se soumettre.

Conclusion

Dans le contexte actuel du Québec où les inégalités sociales et leurs répercussions sur la santé mentale se font de plus en plus visibles et entraînent des conséquences de plus en plus profondes, nous avons documenté leurs effets sur les PMSP et, par ricochet, sur les soignants travaillant auprès de ces personnes. Faire de la recherche auprès des populations marginalisées et celles significativement désavantagées par les ISSM est une démarche complexe, notamment parce que ces personnes peuvent être difficiles à rejoindre. Tel est le cas des PMSP cherchant une certaine forme d'invisibilisation pour éviter de graves conséquences sociales (pouvant aller jusqu'à la déportation), tout comme des professionnels de la santé leur offrant des soins qui travaillent en marge des balises institutionnelles pour éviter des représailles (p. ex. plaintes à leur ordre professionnel, conflits avec des collègues). Non seulement les personnes touchées par les ISSM peuvent être difficiles à rejoindre (ce qui contribue à leur invisibilisation dans la formulation de politiques publiques), mais les outils standardisés généralement utilisés en recherche pour répertorier les difficultés de santé mentale ne nous permettent pas, d'une part, d'aller réellement à leur rencontre et, d'autre part, ne leur permettent pas de nous partager leurs manières de vivre et de se représenter la santé mentale. Les méthodes qualitatives nous semblent être à valoriser pour avoir accès aux effets des ISSM sur la vie de ces personnes et, parmi celles-ci, nous avons illustré comment la posture phénoménologique critique permet de mettre en dialogue l'expérience subjective des individus avec les influences des déterminants structurels de la santé. Cette approche méthodologique nous semble une avenue de prédilection pour saisir la complexité de l'expérience et, plus spécifiquement du vécu de détresse de certains groupes sociaux soumis à des contraintes politiques, institutionnelles et/ou organisationnelles contribuant à exacerber les ISSM. C'est en adoptant une posture phénoménologique critique que nous avons pu documenter que les soignants travaillant directement auprès des PMSP semblent expérimenter leur propre détresse en miroir avec celle leur étant transmise par leurs patients, surtout lorsqu'ils se trouvent sans ressources pour y répondre ou sans possibilité de référencement et d'orientation. Cela ouvre la réflexion pour des pistes d'intervention sensibles au vécu des soignants et prenant en considération les contraintes structurelles qu'ils rencontrent.

Notes

¹ Note du traducteur : Cet article étant publié en français, nous avons conservé l'acronyme de Personnes migrantes à statut précaire (PMSP).

² Personnes ne détenant pas de statut migratoire ou détenant un statut temporaire et conditionnel (p. ex., personnes en demande d'asile, personnes en attente d'une demande humanitaire).

³ Les frais varient d'un établissement de santé à l'autre et une portion des frais est à la discrétion du médecin; il n'est donc pas possible de fournir une liste exhaustive des coûts associés à la consultation médicale. À titre informatif, au moment de mener l'étude, Médecins du Monde avait compilé les frais pour des accouchements dans les hôpitaux de Montréal. Ceux-ci variaient entre 4000 \$ et 7500 \$ par jour, excluant les honoraires des médecins, et des dépôts de 2200 \$ à 19 500 \$ étaient exigés pour assurer les soins obstétricaux.

⁴ Selon les informations partagées par MdM, 48 % des patients seraient sans statut, 12 % des étudiants internationaux, 9 % des travailleurs temporaires, et 1 % des demandeurs d'asile non couverts par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI).

⁵ Un médecin aborde le cas d'un patient avec une jambe fracturée, mais n'ayant pas les moyens de subir une intervention chirurgicale; le patient devait donc tolérer la douleur et les conséquences de ne pas réparer la fracture. Le médecin relatait cet accompagnement comme étant difficile puisqu'il devait trouver des « traitements alternatifs » (acétaminophène) pour soulager le patient sans résoudre sa condition pour laquelle la solution est évidente et habituellement accessible.

⁶ Lors des entretiens, plusieurs cas de femmes enceintes présentant un haut risque pour leur santé et/ou celle de leur bébé, mais refusées à l'urgence ont été décrits. Aussi, des cas de personnes en situations de crises psychotiques aiguës, ayant besoin de traitements d'hémodialyse sont rapportés.

⁷ Plusieurs anesthésistes demanderaient aux patientes durant leur accouchement de les payer d'avance pour l'épidurale, faute de quoi ils refuseraient de l'administrer. Les sommes demandées semblent aléatoires et sans possibilité de recours.

⁸ Selon des discussions informelles avec des informateurs ayant exprimé clairement le désir de rester anonymes, nous constatons que les politiques mises en place varient d'un territoire à l'autre soulevant ainsi des interrogations concernant l'équité dans l'accès aux soins. Cela souligne que les établissements semblent avoir une marge de manœuvre dans la manière de mettre en application la directive. Certains ont mis sur pied des instances se penchant sur les cas des PMSP afin de leur offrir des soins malgré les risques de pénalités.

Références

- Aldamman, K., Tamrakar, T., Dinesen, C., Wiedemann, N., Murphy, J., Hansen, M., Badr, E. E., Reid, T., & Vallières, F. (2019). Caring for the mental health of humanitarian volunteers in traumatic contexts: The importance of organisational support. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1694811>
- Allan, S. M., Bealey, R., Birch, J., Cushing, T., Parke, S., Sergi, G., Bloomfield, M., & Meiser-Stedman, R. (2020). The prevalence of common and stress-related mental health disorders in healthcare workers based in pandemic-affected hospitals: a rapid systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1810903>

- Armenta, A., & Sarabia, H. (2020). Receptionists, doctors, and social workers: Examining undocumented immigrant women's perceptions of health services. *Social Science & Medicine*, 246. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112788>
- Aubé, T., Pisanu, S., & Merry, L. (2019). La Maison Bleue: Strengthening resilience among migrant mothers living in Montreal, Canada. *PLoS One*, 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220107>
- Barkensjö, M., Greenbrook, J. T., Rosenlundh, J., Ascher, H., & Elden, H. (2018). The need for trust and safety inducing encounters: A qualitative exploration of women's experiences of seeking perinatal care when living as undocumented migrants in Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-17.
- Bendixsen, S. K. (2020). Existential displacement: Health care and embodied un/belonging of irregular migrants in Norway. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 44, 479-500.
- Brabant, Z., & Raynault, M. F. (2012). Health of migrants with precarious status: Results of an exploratory study in Montreal-Part B. *Social Work in Public Health*, 27(5), 469-481.
- Brooks, S., Amlot, R., Rubin, G. J., & Greenberg, N. (2020). Psychological resilience and post-traumatic growth in disaster-exposed organisations: Overview of the literature. *BMJ Mil Health*, 166(1), 52-56.
- Carazo, S., Pelletier, M., Talbot, D., Jauvin, N., De Serres, G., & Vézina, M. (2022). Psychological distress of healthcare workers in Québec (Canada) during the second and the third pandemic waves. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 64(6), 495-503.
- Cervantes, L., Richardson, S., Raghavan, R., Hou, N., Hasnain-Wynia, R., Wynia, M. K., Kleiner, C., Chonchol, M., & Tong, A. (2018). Clinicians' perspectives on providing emergency-only hemodialysis to undocumented immigrants: A qualitative study. *Annals of Internal Medicine*, 169(2), 78-86.
- Cheong, A. R., & Massey, D. S. (2019). Undocumented and unwell: Legal status and health among Mexican migrants. *International Migration Review*, 53(2), 571-601.
- Cleveland, J., Hanley, J., Jaimes, A., & Wolofsky, T. (2020). *Impacts de la crise de la COVID-19 sur les « communautés culturelles » montréalaises : enquête sur les facteurs socioculturels et structurels affectant les groupes vulnérables* [Rapport de recherche]. Institut universitaire SHERPA. https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/impact_covid19_communautes_culturelles.pdf
- Cloos, P., Ndao, E. M., Aho, J., Benoît, M., Fillol, A., Munoz-Bertrand, M., Ouimet, M.-J., Hanley, J., & Ridde, V. (2020). The negative self-perceived health of migrants with precarious status in Montreal, Canada: A cross-sectional study. *PLoS One*, 15(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231327>

- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CNESST). (2022). *Statistiques annuelles*. Gouvernement du Québec. <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/organisation/documentation/formulaires-publications/statistiques-annuelles>
- Coutin, S. B. (2003). *Legalizing moves: Salvadoran immigrants' struggle for US residency*. University of Michigan Press.
- Curling, P., & Simmons, K. B. (2010). Stress and staff support strategies for international aid work. *Intervention, 8*(2), 93-105.
- D'Alessandro-Lowe, A. M., Brown, A., Sullo, E., Pichtikova, M., Karraam, M., Mirabelli, J., McCabe, R. E., McKinnon, M. C., & Ritchie, K. (2024). Why are healthcare providers leaving their jobs? A convergent mixed-methods investigation of turnover intention among Canadian healthcare providers during the COVID-19 pandemic. *Nursing Reports, 14*(3), 2030-2060.
- De Genova, N. P. (2002). Migrant "illegality" and deportability in everyday life. *Annual Review of Anthropology, 31*(1), 419-447.
- De Jong, L., Pavlova, M., Winters, M., & Rechel, B. (2017). A systematic literature review on the use and outcomes of maternal and child healthcare services by undocumented migrants in Europe. *The European Journal of Public Health, 27*(6), 990-997.
- Desjarlais, R., & Throop, J. (2011). Phenomenological approaches in anthropology. *Annual Review of Anthropology, 40*, 87-102.
- De Vries, N., Boone, A., Godderis, L., Bouman, J., Szemik, S., Matranga, D., & De Winter, P. (2023). The race to retain healthcare workers: A systematic review on factors that impact retention of nurses and physicians in hospitals. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, 60*. <https://doi.org/10.1177/00469580231159318>
- Fabi, R. E., & Taylor, H. A. (2019). Prenatal care for undocumented immigrants: Professional norms, ethical tensions, and practical workarounds. *Journal of Law, Medicine & Ethics, 47*(3), 398-408.
- Fakhoury, J., Burton-Jeangros, C., Consoli, L., Duvoisin, A., Courvoisier, D., & Jackson, Y. (2021). Mental health of undocumented migrants and migrants undergoing regularization in Switzerland: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry, 21*(1), 1-10.
- Foucault, M. (1988). *La gouvernementalité*. Dans M. Foucault (Éd.), *Dits et écrits, 1954-1988* (Vol. 3). Gallimard. <https://doi.org/10.14375/NP.9782070739882>
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France (1978-1979)*. Gallimard et Seuil.

- Gagnon, M., Kansal, N., Goel, R., & Gastaldo, D. (2022). Immigration status as the foundational determinant of health for people without status in Canada: A scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(4),1-16.
- Gauthier, L., & Bentayeb, N. (2022). *Recherche interventionnelle sur la santé mentale des intervenant(e)s communautaires durant la pandémie* [Rapport de recherche]. Institut universitaire SHERPA. <https://sherpa-recherche.com/fr/projet/recherche-interventionnelle-sur-la-sante-mentale-des-intervenant-e-s-communautaires/>
- Guenther, L. (2022). Abolish the world as we know it: Notes for a praxis of phenomenology beyond critique. *Puncta*, 5(2), 28-44.
- Guskovict, K. L., & Potocky, M. (2018). Mitigating psychological distress among humanitarian staff working with migrants and refugees: A case example. *Advances in Social Work*, 18(3), 965-982.
- Hacker, K., Anies, M., Folb, B. L., & Zallman, L. (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: A literature review. *Risk Management and Healthcare Policy*. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S70173>
- Hanley, J., Larios, L., Ricard-Guay, A., Meloni, F., & Rousseau, C. (2020). Pregnant and undocumented: Taking work into account as a social determinant of health. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 16(2), 189-199.
- Hill, J. E., Harris, C., Danielle L, C., Boland, P., Doherty, A. J., Benedetto, V., Bhutani, E. G., & Clegg, A. J. (2022). The prevalence of mental health conditions in healthcare workers during and after a pandemic: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 78(6), 1551-1573.
- Hintjens, H. M., Siegmann, K. A., & Staring, R. H. (2020). Seeking health below the radar: Undocumented people’s access to healthcare in two Dutch cities. *Social Science & Medicine*, 248. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112822>
- Jachens, L., Houdmont, J., & Thomas, R. (2019). Effort-reward imbalance and burnout among humanitarian aid workers. *Disasters*, 43(1), 67-87.
- Jawed, A., Moe, S. M., Anderson, M., Slaven, J. E., Wocial, L. D., Saeed, F., & Torke, A. M. (2021). High moral distress in clinicians involved in the care of undocumented immigrants needing dialysis in the United States. *Health Equity*, 5(1), 484-492.
- Lems, A. (2020). Phenomenology of exclusion: Capturing the everyday thresholds of belonging. *Social Inclusion*, 8(4), 116-125.
- Liang, H., Beydoun, M. A., & Eid, S. M. (2019). Health needs, utilization of services and access to care among Medicaid and uninsured patients with chronic disease in health centres. *Journal of Health Services Research & Policy*, 24(3), 172-181.

- Lopes Cardozo, B., Gotway Crawford, C., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., Foy, D., Snider, L., Scholte, W., Kaiser, R., Olff, M., Rijnen, B., & Simon, W. (2012). Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: A longitudinal study. *PLoS One*, 7(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0044948>
- Magalhaes, L., Carrasco, C., & Gastaldo, D. (2010). Undocumented migrants in Canada: A scope literature review on health, access to services, and working conditions. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12(1), 132-151.
- Mattingly, C. (2019). Critical phenomenology and mental health: Moral experience under extraordinary conditions. *ETHOS*, 47(1), 115-125.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2014). *Surcharge et exemptions pour certains ressortissants étrangers dans les établissements publics du réseau*. <https://g26.pub.msss.rts.qc.ca/Formulaires/Circulaire/ConsCirculaire.aspx?enc=N2uaeyC6xTQ=>
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible*. Gallimard.
- Nellums, L. B., Powis, J., Jones, L., Miller, A., Rustage, K., Russell, N., Friedland, J. S., & Hargreaves, S. (2021). "It's a life you're playing with": A qualitative study on experiences of NHS maternity services among undocumented migrant women in England. *Social Science & Medicine*, 270. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113610>
- Pigeon-Gagné, É., Bourgeois-Guérin, É., & Gilbert, S. (2025). Lorsque les vécus d'oppression se propagent des patient.es aux chercheur.es : comment intégrer les données expérientielles à la recherche en santé mondiale? *Santé publique*, 37(1), 67-80.
- Pilabré, F. (2019). Accès aux soins de santé : expériences de migrants sans assurance maladie à Montréal, Canada [Mémoire de maîtrise inédit]. Université de Montréal, Montréal, Canada.
- Rathe, K. J. (2022). Towards a critical phenomenology of borders and migration: Introduction to the themed issue. *Puncta*, 5(3), 1-11.
- Ricard-Guay, A., Hanley, J., Montgomery, C., Meloni, F., & Rousseau, C. (2014). Mère et sans-papiers au Québec. Dans F. Kanouté, & G. Lafortune (Éds), *L'intégration des familles d'origine immigrante* (pp. 49-64). Presses de l'Université de Montréal.
- Ridde, V., Aho, J., Ndao, E. M., Benoit, M., Hanley, J., Lagrange, S., Fillol, A., Raynault, M.-F., & Cloos, P. (2020). Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada. *Global Public Health*, 15(11), 1603-1616.

- Rousseau, C., & Frounfelker, R. L. (2019). Mental health needs and services for migrants: An overview for primary care providers. *Journal of Travel Medicine*, 26(2). <https://doi.org/10.1093/jtm/tay150>
- Ruiz-Casares, M., Rousseau, C., Laurin-Lamothe, A., Rummens, J. A., Zelkowitz, P., Crépeau, F., & Steinmetz, N. (2013). Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: The paradox between values and attitudes of health care professionals. *Maternal and Child Health Journal*, 17, 292-298.
- Salamon, G. (2018). What's critical about critical phenomenology? *Puncta*, 1(1), 8-17.
- Sandblom, M., & Mangrio, E. (2017). The experience of nurses working within a voluntary network: A qualitative study of health care for undocumented migrants. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 285-292.
- Sheekha, T. A., Rohatinsky, N., Alhassan, J. A. K., Kendel, D., Levandoski, C., Dmytrowich, J., Lafontaine, T., Cardinal, M., & Peña-Sánchez, J. N. (2024). Health care providers' well-being indicators are associated with their intention to leave their positions: A cross-sectional study from Saskatchewan, Canada. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 61. <https://doi.org/10.1177/00469580241306548>
- Strohmeier, H., & Scholte, W. F. (2015). Trauma-related mental health problems among national humanitarian staff: A systematic review of the literature. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28541>
- Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W., & Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: A systematic review through providers' lens. *BMC Health Services Research*, 15, 1-14.
- Ter Kuile, S., Rousseau, C., Munoz, M., Nadeau, L., & Ouimet, M. (2007). The universality of the Canadian health care system in question: Barriers to services for immigrants and refugees. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 3(1), 15-26.
- Willen, S. S. (2007). Exploring "illegal" and "irregular" migrants' lived experiences of law and state power. *International Migration*, 45(3), 2-7.
- World Health Organization (WHO). (2022). *World report on the health of refugees and migrants*. World Health Organization.

Émilie Pigeon-Gagné est psychologue clinicienne et psychologue communautaire, elle est également professeure adjointe à l'École de psychologie de l'Université d'Ottawa. Ses travaux se déclinent autour de trois thématiques : 1) les processus de stigmatisation, de marginalisation et d'invisibilisation sociale; 2) les représentations socioculturelles de la santé mentale; et 3) la

migration précaire et irrégulière au Canada. De façon transversale, elle s'intéresse aux méthodologies qualitatives, ethnographiques et participatives.

Élise Bourgeois-Guérin est psychologue clinicienne et professeure au département de sciences humaines, lettres et communications de l'Université TÉLUQ. Ses travaux sont principalement orientés vers : 1) le champ transculturel; 2) les processus de polarisation et de radicalisation violente chez les groupes sociaux et culturels minoritaires; et 3) la désaffiliation sociale. De façon transversale, elle s'intéresse également aux méthodes qualitatives, psychanalytiques et participatives.

Pour joindre les autrices :

epigeong@uottawa.ca

elise.bourgeois-guerin@teluq.ca

Accessibilité et inclusion dans les méthodes de recherches qualitatives numériques à visée émancipatrice critique : l'adaptation de la méthode photovoix pour des personnes en situation de handicap

Virginie Abat-Roy, Ph. D.

Université de Moncton, Canada

Résumé

Le photovoix est une méthode de recherche qualitative qui produit des photographies communautaires et, ce faisant, contribue au rééquilibrage des pouvoirs et offre aux personnes participantes une plus grande liberté créative. Dans une recherche critique émancipatrice, cette méthode a été utilisée pour comprendre l'expérience d'accessibilité au quotidien des personnes ou des parents d'enfants en situation de handicap ayant des chiens-guides ou des chiens d'assistance. Cet article a pour but de décrire l'adaptation de cette méthode pour favoriser des échanges authentiques entre le groupe participatif et la chercheuse, respectant leurs besoins et abordant les inégalités sociales inhérentes à la recherche conventionnelle. Il identifie par le fait même des adaptations nécessaires pour rendre la recherche qualitative accessible et inclusive, tout en valorisant la voix des populations traditionnellement marginalisées afin qu'elles se sentent confortables et respectées.

Mots clés

MÉTHODE QUALITATIVE, PHOTOVOIX, HANDICAP, ACCESSIBILITÉ, INCLUSION, INÉGALITÉS SOCIALES

Accessibility and inclusion in critical emancipatory digital qualitative research methods: adapting the photovoice method for people with disabilities

Abstract

Photovoice is a qualitative research method that produces community photographs and, in doing so, contributes to rebalancing power and offering participants greater creative freedom. In critical emancipatory research, this method has been used to understand the everyday accessibility

Note de l'autrice : Cet article a été rendu possible grâce au financement du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC). L'autrice remercie la Fondation Mira pour sa collaboration au cours du processus de recherche.

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 44(1), pp. 134-156.

INÉGALITÉS SOCIALES ET SANTÉ MENTALE : APPORTS, DÉFIS ET CONTRAINTES DE LA RECHERCHE QUALITATIVE

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

© 2025 Association pour la recherche qualitative

experience of people or parents of children with disabilities who have guide dogs or assistance dogs. This article aims to describe how this method was adapted to promote authentic exchanges between the participatory group and the researcher, respecting their needs and addressing the social inequalities inherent in conventional research. It identifies the adaptations needed to make qualitative research accessible and inclusive, while valuing the voices of traditionally marginalised populations so that they feel comfortable and respected.

Keywords

QUALITATIVE METHOD, PHOTOVOICE, DISABILITY, ACCESSIBILITY, INCLUSION, SOCIAL INEQUALITIES

Introduction : la méthode photovoix

Le photovoix vise la production de photographies et les échanges en groupe comme méthode de collecte de données, et il donne aux personnes participantes une liberté et un plus grand contrôle sur le plan créatif (Mannay, 2016). Autrefois appelée *photo novella* et parfois photographie réflexive, le photovoix est une méthode souvent utilisée dans la recherche participative pour offrir aux personnes la possibilité de prendre des photos qui représentent leurs routines, des événements quotidiens ou encore leur vie communautaire (Lapenta, 2011). Plutôt que de construire un entretien à partir des photos des chercheurs et chercheuses, les personnes participantes sont plutôt encouragées à préciser le contenu et la signification de photos qu'elles ont prises elles-mêmes. Par la suite, des entretiens individuels ou de groupe servent à discuter de ces photographies, particulièrement au regard de leur sens et de leur portée. Le photovoix a trois objectifs : 1) permettre aux personnes de répertorier les forces et les inquiétudes liées à leur communauté et d'y réfléchir; 2) faire la promotion d'un dialogue critique et d'un partage de connaissances par rapport à leurs problèmes personnels et communautaires, et ce, en petits ou grands groupes de discussion grâce à leurs photos; 3) rejoindre les responsables de l'élaboration de politiques et les gestionnaires des groupes communautaires lors de la diffusion des résultats de recherche (Lapenta, 2011). Les photographies permettent donc de susciter des conversations, de partager des expériences ou des inquiétudes, et de donner l'occasion à d'autres personnes de se mettre à la place de la personne participante (Mannay, 2016). Un avantage de la photographie réflexive est la diminution du biais du chercheur ou de la chercheuse par rapport à l'utilisation de ses propres photos (Lapenta, 2011). Elle procure également des exemples concrets et tangibles de l'expérience vécue par les personnes participantes qui vivent un processus de réflexion plus complexe, puisque la méthode capture conjointement leurs mots et leurs images, ce que n'aurait pas permis une méthode de collecte de données plus traditionnelle (Harrington & Schibik, 2003; Lapenta, 2011).

Photovoix et empowerment du groupe participatif

Traditionnellement, les méthodes de collecte de données utilisant des photographies permettent d'aider les personnes participantes à mettre en images les idées qu'elles

peuvent avoir de la difficulté à articuler (Glaw et al., 2017a; Mannay, 2016). L'apport du photovoix pour la recherche avec des populations vulnérables est mis en évidence dès l'émergence de l'approche (Wang et al., 2017), ce qui se reflète par les recherches menées en santé mentale (Glaw et al., 2017b; Han & Oliffe, 2016) ou avec des populations traditionnellement vulnérables comme les jeunes (Tougas et al., 2022). Cette méthode semble aussi avoir une valeur potentiellement thérapeutique auprès des personnes prenant part à la recherche (Balmer et al., 2015). Ces études démontrent ainsi la double finalité du photovoix, « soit celles de l'expression personnelle et de l'action sociale » (Tougas et al., 2022, p. 135). La méthode photovoix, lorsqu'utilisée pour partager des expériences sensibles (Abat-Roy, 2024; Collier, 1967), permet entre autres de réduire la stigmatisation associée à la santé mentale (Rai et al., 2023). Elle a également le potentiel de (re)donner le pouvoir aux communautés marginalisées, de leur permettre d'articuler leurs opinions et de les exprimer aux chercheurs et chercheuses ainsi qu'aux responsables de politiques, amorçant un réel changement au sein de la communauté (Lapenta, 2011) en réponse aux dynamiques de marginalisation sociales bien ancrées (Liebenberg, 2018). De plus, l'usage des photographies en recherche permet aux personnes participantes de s'exprimer d'une manière plus affranchie et de vivre des interactions moins stressantes lors de la collecte de données. Également, puisque les photographies stimulent la mémoire, elles peuvent prévenir la perte d'informations entre le début et la fin de l'entrevue, ce qui peut se produire dans d'autres types de collectes de données (Abat-Roy, 2024; Collier, 1967). Les photographies sont directement perçues comme un catalyseur des histoires, faisant ainsi émerger des voix, des significations et des interprétations (Lapenta, 2011), venant enrichir la production des données qui se veut authentique.

Enfin, l'usage de cette méthode se veut une façon de réduire la disparité de pouvoir souvent normalisée et acceptée entre le chercheur ou la chercheuse et les personnes participantes (Trépos, 2015). La réutilisation de leurs photos et de leurs échanges dans un but de changements sociaux vise à redonner aux personnes participantes pour leur contribution à la recherche. Cela peut contribuer à établir un meilleur équilibre entre ces personnes participantes et les chercheurs ou chercheuses en produisant, par exemple, des outils de diffusion et de sensibilisation sociale, tels qu'un livre ou une exposition (Tougas et al., 2022). En adoptant une approche éthique, les images et le processus du photovoix sont donc perçus comme étant une façon innovante de favoriser l'*empowerment* des personnes participantes.

Accessibilité et inclusivité des méthodes de collecte de données

Malgré le potentiel de la méthode à titre de facilitateur de collecte (Glaw et al., 2017b) et ses visées émancipatrices (Tougas et al., 2022), il est pertinent d'entamer une réflexion quant aux limites de cette approche visuelle en termes d'accessibilité et d'inclusion pour tous et toutes. Dans le cadre d'une recherche menée avec des personnes en situation de

handicap en 2021, la méthode photovoix a été retenue étant donné sa vocation émancipatrice et sa capacité à susciter des discussions spontanées. La méthode permet également aux chercheurs et chercheuses de se mettre à la place des personnes participantes, notamment à l'aide des photographies qui donnent un aperçu des expériences quotidiennes. Par sa nature à double finalité, le photovoix se veut un levier de justice sociale pour la recherche avec les populations vulnérables (Tougas et al., 2022). Or, pour ce faire, un important processus d'adaptation a été mené afin de s'atteler aux limites d'accessibilité et d'inclusion inhérentes à cette méthode. En effet, lorsqu'analysée au regard des études critiques du handicap, le photovoix (comme plusieurs autres méthodes) semble capacitiste de nature, du fait qu'il soit traditionnellement utilisé avec des personnes qui ne sont pas en situation de handicap, ce qui peut contribuer à une diminution de la participation des personnes en situation de handicap. Aujourd'hui, la prise de photos est rendue accessible grâce à diverses technologies d'assistance liées aux téléphones intelligents. Cependant, la photographie avec une caméra nécessitait autrefois la maîtrise de plusieurs sens, tels qu'une vision suffisante pour utiliser le viseur, la force motrice et la préhension des deux mains pour tenir l'appareil, ainsi qu'une motricité fine pour appuyer sur le déclencheur. Il s'agit également d'un constat tiré lors de la préparation et de l'élaboration de la recherche présentée dans cet article. Cependant, peu d'écrits identifiés semblent étudier l'accessibilité du photovoix, ou encore le processus d'adaptation visant à rendre la recherche accessible (Rios et al., 2016), sans pour autant contribuer aux inégalités sociales déjà présentes. De plus, le contexte sociohistorique de la pandémie de COVID-19 ayant forcé une transition numérique de la majorité des collectes de données, cette réflexion a pris en considération la notion d'accessibilité numérique associée au photovoix.

Les prochaines sections de l'article permettront de présenter brièvement le contexte de cette recherche, le processus de collecte de données et les mesures d'adaptation adoptées, et ce, tout en mettant en lumière les expériences des personnes participantes à l'aide d'extraits de verbatims des entretiens individuels ou à plusieurs dans le cas de la participation d'un duo mère-fille. Les dernières sections toucheront la transformation de la chercheuse *insider* [initiée] ainsi que les limites éthiques et recommandations.

Contexte de la recherche

Cette recherche qualitative descriptive visait à comprendre l'expérience d'accessibilité des personnes en situation de handicap et bénéficiaires de chiens-guides ou de chiens d'assistance selon leur propre perspective afin d'en brosser un portrait. La méthode de photovoix a été retenue puisqu'elle permet aux personnes participantes de représenter leurs expériences quotidiennes en ce qui a trait à l'accessibilité de la façon la plus intégrée possible. Cette méthode (Figure 1) composée de photographies et de brefs textes

narratifs permet aussi d'échanger en groupe, que ce soit accompagné de photographies ou non, et de participer à des entretiens individuels afin de discuter du sens et de la portée de ces images (Pauwells & Mannay, 2019). Elle favorise de plus une participation en respect du rythme de chaque personne, ce qui est particulièrement important dans une recherche avec des personnes en situation de handicap ayant des diagnostics et des besoins différents (Liamputtong, 2007). Les premières données produites avec la méthode photovoix par un groupe de 15 personnes ont été collectées sous forme numérique entre mai et août 2021 (Abat-Roy, 2024).

Cette étude s'est déroulée en deux phases dans un processus circulaire (Figure 1) avec des personnes participantes recrutées dans la banque de bénéficiaires de chiens-guides et de chiens d'assistance de la Fondation Mira, un organisme formant des chiens spécifiquement entraînés pour répondre aux besoins de leur maître et leur offrir une plus grande autonomie.

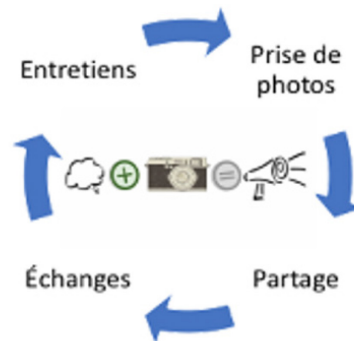
Posture épistémologique émancipatrice critique

Cette recherche émerge d'un désir de mieux comprendre l'expérience de l'accessibilité dans une perspective de changement social afin de réduire les obstacles systémiques rencontrés par des personnes qui sont sous-représentées dans la recherche à ce jour, soit celles vivant avec un handicap et bénéficiant d'un chien-guide ou d'un chien d'assistance. Il est à noter que la chercheuse principale faisait déjà partie d'un groupe de bénéficiaires de chiens d'assistance et que cet intérêt de recherche émerge de réflexions et d'échanges sur les expériences au regard de l'accessibilité. Une posture épistémologique émancipatrice critique (*critical emancipatory research* [CER]) a donc été préconisée. Cette posture, qui s'appuie sur les écrits de Habermas (2003), vise des changements sociaux afin d'atteindre l'émancipation de la société, et indirectement la transformation du monde scientifique en repensant les recherches et les retombées de ces dernières sur les populations visées (Liamputtong, 2007). La posture permet également l'analyse des relations de pouvoir, de dominance, de discrimination et de contrôle dans les échanges et le vocabulaire, ce qui réitère l'importance d'une diffusion des connaissances accessible, inclusive et éthique.

Cette posture à visée de justice sociale mise particulièrement sur le renforcement des relations respectueuses entre les personnes participantes et le chercheur ou la chercheuse afin de privilégier un rééquilibrage des rapports de pouvoir dans un environnement positif (Nkoane, 2012). Elle vise non seulement à comprendre le monde et ses phénomènes sociaux, mais également à le changer (Creswell & Poth, 2018; Khanlou & Peter, 2005). Cet équilibre peut s'atteindre grâce à une immersion complète des acteurs et actrices dans la recherche afin que la compréhension des échanges et des symboles soit commune (Mahlomaholo, 2010). La position d'*insider* de la chercheuse dans la communauté était donc un avantage plutôt qu'un biais. La recherche sur le

Figure 1

Le processus de création des données photovoix (Abat-Roy, 2024, p. 74)



handicap est également qualifiée de « *consciously reflexive* » (« consciemment réflexive »), car la réflexivité permet au chercheur ou à la chercheuse d'être plus sensibles aux silences (Sigstad & Garrels, 2017) et aux rythmes différents dans le processus (Liamputtong, 2007). Les réflexions sur la perception du sujet et l'expérience de la chercheuse ont d'ailleurs été consignées dans un journal de bord et ont contribué à la dernière section du présent article.

Un groupe diversifié

Cette recherche a été menée avec un groupe diversifié de 15 personnes francophones et anglophones de 21 à 68 ans ayant 14 chiens (puisque une mère a participé avec sa fille qui est autiste), en plus de la chercheuse principale. Les types de chiens sont aussi variés : un chien d'assistance pour le syndrome de stress posttraumatique, sept chiens d'assistance pour l'autisme, trois chiens-guides, trois chiens d'assistance à la mobilité, et un chien avec un double mandat, soit assistance à la mobilité et autisme.

Cinq personnes du groupe étaient des parents d'enfants dont l'âge se situe entre 6 et 19 ans vivant avec un handicap et ayant un chien d'assistance. Les enfants n'ont pas participé à la recherche. Ceux ayant un chien d'assistance pour l'autisme ne peuvent pas toujours avoir l'animal avec eux en tout temps, notamment lorsqu'ils manquent d'autonomie, qu'ils sont trop jeunes ou lorsque le degré de sévérité de l'autisme limite leur capacité à avoir l'animal lors de leur quotidien, entre autres. Dans ces cas, les parents gardent le chien avec eux lors de leurs sorties en public ou de leur quotidien, comme au travail¹. Accompagnés en tout temps par l'animal, les parents d'enfants autistes sont eux aussi confrontés à des situations d'inaccessibilité et d'inégalités sociales qui affectent leur quotidien et leur santé mentale – comme tout bénéficiaire. Leur point de vue avait donc une importance particulière dans cette recherche. Toutefois, ces parents ne sont pas

eux-mêmes en situation de handicap, et sont plutôt accompagnés de l'animal et parfois de leur enfant, ce qui nuance leur expérience.

Adaptation d'une recherche qui se veut accessible et inclusive

Historiquement, les personnes en situation de handicap sont absentes ou très peu représentées dans certains domaines de recherche, dont la santé (Anderson, 2023; Rios et al., 2016). Des zones grises méthodologiques et sociologiques ont été soulevées rapidement lors de la recherche. Un processus réflexif et adaptatif important a ainsi dû être entamé pour analyser de façon critique la méthode et transformer cette recherche qualitative afin de composer avec divers obstacles et limites. Plusieurs questionnements ont émergé et nourri ce processus d'adaptation de la méthode photovoix. La pandémie de COVID-19 ayant forcé l'adaptation de méthodes traditionnelles de collecte de données afin d'amorcer une transition vers le numérique, comment peut-on effectuer une telle recherche en ligne (Ferlatte et al., 2022; Lichty et al., 2019; Tanhan & Strack, 2020) tout en privilégiant les échanges authentiques (Liamputtong, 2007) et en optimisant l'accessibilité (Pirrone et al., 2023)? Qui plus est, comment transformer une méthode qui n'a pas historiquement été développée pour des personnes en situation de handicap (Mannay, 2016) afin qu'elle soit accessible pour des personnes aveugles, sourdes, en perte de mobilité ou sur le spectre de l'autisme tout en respectant leurs besoins, y compris en santé mentale (Liamputtong, 2007)? Dans les prochaines sections de l'article, le processus réflexif ayant marqué cette transformation sera exposé en soulignant les adaptations nécessaires à la recherche photovoix afin de la rendre plus accessible et inclusive (Ferlatte et al., 2022), le tout en mettant de l'avant la voix des populations traditionnellement marginalisées tout en étant sensible aux conditions de recherche protégeant la santé mentale des personnes participantes impliquées (Liamputtong, 2007).

Utiliser une plateforme d'échange sur Facebook

Cette recherche a été marquée par une collecte de données en deux temps. Dans un premier temps, les 15 personnes participantes se sont jointes à un groupe Facebook privé et confidentiel². Elles ont été invitées à faire des publications, accompagnées ou non de photos, qui représentent leur expérience quotidienne en ce qui concerne l'accessibilité, un sujet ayant été peu exploré jusqu'à présent. Sam a d'ailleurs souligné³ qu'ils ont rarement l'occasion d'échanger sur le sujet :

Je trouve ça vraiment le fun ta recherche, j'ai tellement de choses à dire. On dirait que je veux tout dire, parce qu'on n'a jamais cette voix-là pour en parler vraiment, puis j'ai trop de choses à dire (Sam).

Cette plateforme a permis d'être un espace d'échanges plus spontanés en groupe qui a été la première source de collecte de données, suivie d'entretiens individuels ouverts : « Ça, honnêtement, je trouve que c'est vraiment bien. C'est vraiment le fun qu'on puisse faire ça, parce que ça nous donne une chance de partager aussi comment ça va, les plus et les moins » (Mia). De mai à septembre, les personnes participantes ont

affiché un total de 90 publications accompagnées de 149 photos. Ces données (Lazer et al., 2014) sont classées selon deux des trois catégories de données numériques (Salmons, 2017), soit les publications élicitées par une question posée pendant la recherche, ou encore simulées, soit celles incitées dans le cadre de la recherche.

Mesures d'adaptation pour le processus d'échange (groupe Facebook)

Une première mesure d'adaptation a touché la façon de publier dans le groupe. Une liberté de choix était offerte dès le départ aux personnes participantes quant à la publication, à la prise de photos et aux échanges dans le groupe, et ce, dans la langue de leur choix. Par ailleurs, chaque personne du groupe pouvait : 1) publier les photographies avec une description narrative de la photo et de la situation vécue; 2) publier un message sans être accompagné de photo afin de ne pas les restreindre dans sa participation, 3) seulement commenter les publications des autres; 4) envoyer une photo et/ou un message à la chercheuse principale pour qu'elle puisse les publier pour elle anonymement. La description de l'image servait à expliquer le contexte de la photo, ce qui est également une mesure d'accessibilité pour les personnes participantes aveugles ou avec une déficience visuelle. Les membres ont aussi été invités à commenter les publications des autres, bien que ce n'était pas obligatoire. Cette démarche semble avoir eu un effet bénéfique imprévu relativement au bien-être et à la réduction de l'isolement dans le groupe, ce qui touche directement les bienfaits liés au groupe et à la reconnaissance de l'universalité de l'expérience (Leclerc, 2024) :

Kathleen : Pis c'est le fun d'être dans un petit groupe. [...] Tu peux encourager. C'est... voyons c'est quoi le mot? Tu grandis ensemble pis les gens s'encouragent pis apprennent à se connaître.

Mia : C'est ça.

Kathleen : Fait que c'est le fun. Tu as les mêmes gens, moi j'ai moins commenté dernièrement, je me suis déconnectée un peu, mais c'est le fun de voir ce qui est publié, c'est le fun d'avoir le suivi, les réactions. Pis c'est ça que je voulais aussi encourager [...]

Mia : Mais en même temps, c'est parce que si tu as pas beaucoup de choses à faire pis tu veux en parler, c'est bon. Parce qu'au moins si tu veux parler à quelqu'un pis que tu es tout seul, ben c'est encore mieux parce qu'au moins tu parles avec du monde. Fait que c'est le fun en même temps.

Cette démarche de collecte combinant photos et publications semble aussi avoir permis aux personnes du groupe de vivre des échanges plus transparents et authentiques (Collier, 1967), et de diminuer le stress relié à une collecte de données traditionnelle : « Ça, honnêtement, je trouve que c'est vraiment bien. C'est vraiment le fun qu'on puisse faire ça, parce que ça nous donne une chance de partager aussi comment ça va, les plus et les moins » (Mia). L'utilisation de méthodes technologiques dans cette première partie

de la recherche a également permis d'adopter des approches respectueuses des besoins du groupe afin de prévenir des formes de marginalisation (Liamputtong, 2007). En effet, cette approche contribue à limiter les biais traditionnels en recherche qui surviennent lors des interactions face à face, lesquels ont été identifiés par Goffman (1973). Les personnes participantes étaient en contrôle de l'information qu'elles diffusaient, de leur façon de se présenter et de leur rythme de publication, tout en profitant d'un espace sécuritaire qui a contribué à un sentiment d'appartenance et de solidarité, comme l'exprime Sylvie : « D'avoir des gens qui commentent aussi tes photos, pis qui posent des questions pis qui s'insurgent avec toi quand ça va pas pis qui te disent : "Bats-toi!" [rire] J'ai trouvé ça quand même bien. » Des personnes ont également souligné un sentiment d'impuissance quotidien qui n'a pas été retrouvé dans le processus de recherche :

Et souvent, on a l'impression qu'il n'y a rien qu'on peut faire. Donc je trouve que ton projet, ça me donne un peu l'impression que non, il y a des petites choses qu'on peut faire. Puis ça me fait vraiment plaisir (Sam).

Au contraire, un sentiment d'émancipation semble avoir découlé de cette solidarité inattendue au sein du groupe :

Quand tu me dis que mon commentaire a pu faire la différence sur le quotidien d'une autre maman, je me dis qu'on participe à une recherche, mais en même temps on peut aider les autres participants. J'adore ce principe-là (Diane).

Traditionnellement, la plupart des recherches photovoix se déroulent en personne avec de petits groupes situés dans la même région géographique, ce qui peut limiter la portée des études et la représentation critique des groupes concernés (Lichty et al., 2019). Pour répondre à cette limite parmi d'autres, des études récentes ont utilisé le photovoix entièrement en ligne (Ferlatte et al., 2022; Lichty et al., 2019; Tanhan & Strack, 2020). Utilisée en ligne, cette méthode aurait trois bénéfices selon Lichty et al. (2019) : « 1) engager et réunir un grand nombre de personnes différentes; 2) être sensible à la culture de communication axée sur les technologies; 3) préserver les ressources du projet »⁴ [traduction libre] (p. 6). Entre 2020 et 2022, les consignes sanitaires associées à la pandémie de COVID-19 ont forcé l'adaptation de méthodes traditionnelles de collectes de données. Dans le cas de cette recherche, la méthode en ligne a permis de respecter les mesures sanitaires en vigueur sans mettre une croix sur une méthode innovante comme le photovoix et sans mettre à risque la santé et la sécurité d'une population ayant des enjeux de santé. La plateforme en ligne était aussi une façon efficace de faire de la collecte de données avec des personnes qui sont loin les unes des autres (Lichty et al., 2019), tout en leur offrant de la flexibilité dans le temps et l'espace pour publier à leur propre rythme en respect de leurs besoins spécifiques et en mouvance dans le temps (Creswell & Poth, 2018; Liamputtong, 2007).

Ferlatte et al. (2022) ont fait le constat que l'utilisation de la méthode entièrement en ligne comporte son propre lot de défis, par exemple les difficultés techniques éprouvées par quelques personnes participantes liées à l'utilisation de la plateforme d'échanges, la dynamique de groupe ainsi que la création et le maintien du lien de confiance. La posture de chercheuse *insider* et la confidentialité de la plateforme ont permis de contribuer à l'établissement et au maintien du lien de confiance. En ce qui concerne les limites techniques et technologiques, l'utilisation d'une plateforme accessible a facilité la participation des différentes personnes du groupe, y compris celles ayant besoin d'appui technologique. Pour répondre aux autres besoins en amont ou en émergence, il a été nécessaire de consacrer du temps, de l'énergie et des ressources pour appuyer les personnes ayant besoin d'accompagnement dans leur familiarisation avec le processus de données. À titre d'exemple, la chercheuse a enregistré une vidéo avec des sous-titres afin de présenter clairement la recherche et les étapes de la collecte. Dans le cas de deux personnes participantes aveugles, la vidéo leur a été partagée par messages directs sur Facebook afin de respecter leur mode de communication préféré, lequel avait été identifié en amont de la recherche.

Mesures d'adaptation pour la prise de photos

Une recherche visuelle et auditive avec des personnes en situation de handicap présente aussi son lot d'adaptations nécessaires et nécessite une flexibilité en amont pour la composante photographique. Par exemple, un participant aveugle ne savait pas comment prendre des photos avec son téléphone et a demandé de l'aide. Après avoir consulté Apple, l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA) et la Fondation Mira, le constat a été qu'il n'existait pas de tutoriel sur la prise de photos avec VoiceOver⁵ sur les téléphones. La chercheuse a donc pris l'initiative d'activer VoiceOver sur son téléphone intelligent personnel, d'apprendre comment prendre des photos avec la commande vocale et le toucher tactile, et de valider le processus en activant « *screen curtain* » pour noircir complètement l'écran, reproduisant par le fait même les conditions d'utilisation d'une personne aveugle. Lorsqu'elle a confirmé que ce protocole fonctionnait, la chercheuse a enregistré une vidéo d'instruction qu'elle a ajoutée sur YouTube en format public afin que d'autres personnes puissent en bénéficier au besoin. Cet exemple de mesure d'adaptation montre que de mener une recherche avec des profils variés au sein du groupe participatif demande une plus grande implication que la normale par l'équipe de recherche, mais également des compétences en résolution de problèmes efficaces.

Entretiens non structurés

La deuxième étape de la collecte des données a pris la forme d'entretiens individuels non structurés (Fortin & Gagnon, 2022). Cette étape visait à approfondir la compréhension de l'expérience des bénéficiaires de chiens-guides et de chiens d'assistance au regard de l'accessibilité, ce qui peut prendre la forme d'histoires, de

récits de vie ou d'échanges en profondeur (Liamputtong, 2007). L'une des caractéristiques importantes de l'entretien non structuré dans l'accessibilité de la recherche est sa polyvalence : il est possible de modifier l'ordre des questions selon le fil de l'entretien, d'ajouter des sous-questions ou de sauter des questions. Ce choix a été crucial en raison des caractéristiques particulières de la population étudiée et de la nécessité de les accompagner tout en considérant leur santé mentale, en raison de la sensibilité des thèmes abordés.

Des quinze personnes dans le groupe de recherche, dix ont pris part à un ou deux entretiens (selon leur préférence). Ces entrevues se sont déroulées par visioconférence sur Zoom ou Teams afin de limiter les risques associés à la pandémie de COVID-19. Chaque personne participante était invitée à orienter ses réponses vers une perspective d'accessibilité, peu importe sa représentation de celle-ci. Aucune question n'était planifiée de façon statique afin de laisser la personne participante « ouvrir des portes » et aborder des thèmes qu'elle jugeait importants (Liamputtong, 2007). Les questions et sous-questions visaient surtout à approfondir la compréhension des expériences rapportées, à relancer la discussion, ou encore à diriger doucement la personne participante dans une direction qui n'avait pas encore été abordée jusqu'à présent.

Les photos partagées ont été utilisées pour susciter et approfondir des discussions sur les thèmes du handicap et de l'accessibilité en lien avec les expériences vécues. La méthode d'entrevue utilisée a été la technique des incidents critiques. Elle sert « à recueillir des descriptions précises d'événements, positifs ou négatifs, au moyen d'observations et d'entrevues. C'est une façon de raconter une histoire qui permet aux participants de partager leurs expériences particulières (Sharoff, 2008) » (Fortin & Gagnon, 2022, p. 167). En d'autres mots, cette technique a permis de revisiter et d'étudier des événements ou des incidents importants pour la personne en réutilisant les photographies ou les publications afin de les décortiquer. La chercheuse a pu s'intéresser à l'implication de la personne et de sa réaction, ce qui a permis d'étudier en profondeur les actions, les émotions et les réactions des personnes concernées et d'ouvrir la porte à plus de sujets (Lescarbeau, 2000; Simmons, 2017). Par exemple, l'évocation de publications, de photographies ou de commentaires effectués par d'autres personnes du groupe a permis d'élargir naturellement les sujets abordés pendant l'entretien.

Mesures d'adaptation pour les entretiens

Plusieurs mesures d'adaptation ont été mises en place dans le cadre des entretiens. Alors qu'il était prévu de faire des entretiens semi-dirigés, il a été constaté lors du prétest que les questions préétablies semblaient créer un climat artificiel d'entrevue qui n'était pas propice aux échanges authentiques et à l'exploration des thèmes (Fortin & Gagnon, 2022). Ce constat a mené à un changement rapide du format des entrevues, passant du format semi-dirigé au format ouvert (ou non structuré). Le guide d'entretien a été revu pour comporter des suggestions de thèmes et de questions à aborder plutôt que des

questions organisées et à poser dans l'ordre. Bien que ce format ne permette pas de créer au préalable une grille de codes, il a contribué entre autres à prioriser des échanges diversifiés et à étudier des situations menant à des constats d'accessibilité importants qui n'auraient pas été développés dans un entretien semi-dirigé ou dirigé.

Les entrevues uniques ont duré entre 60 et 90 minutes, mais certaines entrevues plus complexes, durant lesquelles de nombreux sujets ont été abordés ou certaines conversations étaient plus sensibles, ont duré jusqu'à 150 minutes. En tout temps, il était offert aux personnes participantes d'écouter ou de segmenter les entrevues selon leurs besoins. Du matériel nécessaire, soit des écouteurs avec un microphone, était aussi disponible au cas où elles ne soient pas équipées pour les entrevues.

Des mesures d'adaptation ont aussi été mises en place en amont et selon les besoins exprimés par les personnes sourdes ou aveugles. Elles comprenaient l'ajout de sous-titres pendant l'entretien, la présence d'une personne spécialisée en traduction en langue des signes québécoise (LSQ) et la possibilité d'effectuer l'entretien par messages instantanés. Une participante a fait une demande de mesure d'adaptation supplémentaire. Sam est malentendante et utilise deux moyens pour comprendre sa locutrice ou son locuteur, soit la langue des signes québécoise et la lecture labiale. Elle a demandé la présence d'une traductrice en LSQ, puisque la lecture labiale peut être difficile lors des rencontres virtuelles. Afin d'optimiser les conditions de lecture labiale, la chercheuse s'est assurée d'avoir une bonne luminosité, s'est rapprochée de la caméra, a utilisé une caméra haute définition, a évité d'obstruer la vue de son visage, n'a pas parlé en même temps que Sam et lui a offert d'utiliser le clavardage au besoin. La traductrice en LSQ qualifiée a aussi signé une entente de confidentialité pour l'entretien.

Mesures d'adaptation de la chercheuse lors des entretiens

Les mesures d'adaptation présentées jusqu'à présent touchaient surtout l'opérationnalisation de la collecte de données. Or, la chercheuse au cœur de la collecte et qui mène les entretiens doit également vivre une transformation afin de ne pas recréer des dynamiques de discrimination et d'inégalités sociales avec une population en situation de handicap. Dans l'exemple de cette recherche, certains entretiens étaient plus complexes que d'autres. Par exemple, les entretiens avec des personnes participantes aveugles ou avec une déficience visuelle ont demandé une adaptation considérable de la part de la chercheuse comparativement à la formation initiale reçue et les écrits scientifiques sur le sujet (tel que proposé par Fortin & Gagnon, 2022, par exemple).

La tenue d'entretiens individuels non structurés avec une personne en situation de handicap demande une grande sensibilité de la part de la chercheuse qui doit parler moins et écouter plus, ne pas tout expliquer (et esquiver le piège de la pédagogue-chercheuse), accepter les silences et éviter de prendre des notes dans la mesure du possible, afin de conserver le caractère spontané et le rythme de discussion qui se veut informel (Boutin, 2018). Les réflexes d'entrevue doivent aussi être révisés. Par exemple, la chercheuse a

dû guider les personnes participantes aveugles avec des indices auditifs plutôt que visuels (par exemple en disant « hmm, hmm » plutôt qu'en hochant la tête). Il était ainsi plus fréquent de s'interrompre l'un l'autre, puisque les indices visuels du rythme d'une conversation étaient inutiles et devaient donc prendre une autre forme. Cette adaptation s'est toutefois faite rapidement.

La préparation était également particulière, puisqu'elle impliquait la connaissance préalable des grandes lignes du vécu de la personne participant à l'entrevue et la compréhension de certaines dynamiques afin de mieux accompagner la personne participante dans son partage. Un exercice de réflexion personnelle, comme le recommande Barker (1990), a également permis d'identifier les biais possibles envers cette population ainsi que des lacunes de connaissances par rapport au handicap. Finalement, la familiarisation avec le guide d'entretien avant d'amorcer les rencontres était essentielle pour favoriser un contact transparent et intègre, et éviter la lecture monotone ou la recherche d'informations dans le guide qui brise le rythme naturel de la conversation (Boutin, 2018).

Les personnes participantes avaient beaucoup de choses à dire, ce qui a eu comme conséquence d'allonger les entretiens puisqu'il avait été décidé de ne pas les limiter dans le temps. Ce choix a été fait en raison de la posture épistémologique émancipatrice critique qui vise à (re)donner une voix aux personnes participantes et à contribuer à l'égalité de la relation de pouvoir. Chaque personne participante pouvait donc aborder des thèmes hors du cadre de recherche puisque ces derniers finissaient toujours par être liés au sujet de l'accessibilité, par exemple en parlant de sa famille, cela menait aux représentations de l'entourage face au handicap et à l'accessibilité. Les personnes participantes ont aussi posé des questions sur l'expérience personnelle de la chercheuse, questions auxquelles elle a pris le temps de répondre puisque cet échange était bénéfique pour la qualité du lien de confiance (Liamputtong, 2007).

Enfin, les entrevues avec les participantes autistes ont aussi demandé des adaptations à un rythme différent. Les réponses étaient plus longues et pouvaient parfois sembler désorganisées. Or il était essentiel de les écouter et de parfois laisser passer des moments de silence pour qu'elles prennent le temps de formuler leur réponse. Comme ces participantes passaient souvent d'un sujet à l'autre au gré de leurs réflexions, les conversations pouvaient donner l'impression de ne pas suivre un fil conducteur. Mais elles répondaient à la plupart des questions quelques minutes plus tard. Le constat a aussi été fait que plusieurs petits éléments associés à d'autres thèmes étaient souvent glissés dans une réponse et émergeaient au gré de la discussion, ce qui était notamment le cas avec Sam et Mia. Ce processus pourrait être décrit comme un échange en « poupée russe », avec une idée dans une idée dans une idée. Ainsi, de très longues réponses abordaient souvent plusieurs points, ce qui a en partie complexifié le processus d'analyse

des données, mais surtout grandement enrichi le corpus de données avec des perceptions et des expériences venant de personnes neurodivergentes.

Transformation de la chercheuse : un regard réflexif

Il serait difficile, voire impossible, de ne pas adresser la transformation vécue par la chercheuse (Liamputtong, 2007) dans une recherche qui se veut inclusive, accessible et sensible. Cette prochaine section a majoritairement émergé de l'analyse du journal de bord de la chercheuse. Pour cette partie de l'article uniquement, le choix critique et conscient d'utiliser la première personne du singulier (« je ») est stratégique, comme recommandé par l'APA (2020).

Préparer, mener et vivre une recherche sensible

Lors de la préparation de la collecte de données, la lecture du livre *Researching the Vulnerable* de Liamputtong (2007) m'a amenée à transformer des choix méthodologiques pour respecter des groupes de personnes susceptibles de marginalisation. Ce livre a ainsi permis d'entamer un processus réflexif critique important ayant d'une part mené à cet article et m'ayant d'autre part rassurée dans la prise de décisions méthodologiques pouvant sembler moins habituelles ou conventionnelles. Le titre d'un chapitre en particulier donne un bon aperçu de ce processus personnel : *The sensitive researcher and self-disclosure* (« le chercheur sensible et la divulgation de soi »).

À titre de chercheuse, j'étais dans une situation singulière face à la Fondation Mira, puisque j'étais déjà familière avec le groupe de bénéficiaires de chiens-guides et de chiens d'assistance. En effet, ayant déjà publié au sujet de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les bénéficiaires (Abat-Roy, 2020) et ayant un chien de la Fondation Mira en tout temps avec moi, mon nom leur était familier, ce qui a semblé faciliter l'établissement d'un lien de confiance : « Tes commentaires allaient aussi dans le blogue de Mira et aussi dans le Facebook de [Mira] » (Steve). En prévision des choix méthodologiques de la recherche, j'ai été attentive aux discussions avec plusieurs bénéficiaires dans quelques organismes différents qui ont partagé une fatigue accumulée par rapport à certains types de recherches. Les parents d'enfants avec un diagnostic d'autisme ont été particulièrement sollicités dans les dernières années et certains protocoles semblent moins appréciés, comme le confirme Diane dans la recherche : « J'ai fait partie d'autres protocoles de recherche comme ça où c'était une liste de questions qu'on recevait, qu'on devait remplir et renvoyer. Je trouvais ça impersonnel. » Kathleen souligne d'ailleurs le manque de flexibilité des recherches auxquelles elle a participé par le passé :

Parce que ça change, les priorités changent. Pis il y a toujours cette rigidité-là qui demeure. Fait qu'en ayant la formule que tu as présentée, c'est excellent parce que ça te permet d'évoluer dans la recherche, dans la compréhension de ce qui est attendu (Kathleen).

D'autres types de recherches ont touché spécifiquement l'accessibilité, mais semblaient limités au handicap moteur : « Moi ce que j'ai vu, c'est plus de la recherche, mais au niveau de l'accessibilité, mais pour personnes en fauteuil roulant. Je n'ai jamais vu rien de spécifique pour les personnes aveugles » (Steve). Éclairée par la posture épistémologique, j'ai adopté un devis qualitatif et la méthode photovoix dans le but d'accompagner les membres du groupe de recherche afin de reconsidérer leur expérience de l'accessibilité selon leur propre perspective et en respect de leurs besoins respectifs.

Il convient de rappeler que la posture émancipatrice critique permet de viser une forme d'équilibre grâce à une immersion complète de la chercheuse dans la recherche afin que la compréhension des échanges et des symboles soit commune (Mahlomaholo, 2010). Pour ce faire, j'ai misé sur le tissage et l'entretien d'un important lien de confiance avec le groupe tout en m'intégrant à la recherche sous un rôle un peu plus participatif propre aux méthodes participatives. Rappelons que cette recherche ne se campe pas dans une recherche participative en raison de limitations budgétaires et humaines, étant menée par une seule personne. Une première stratégie a été de faire mes appels de recrutement en me présentant comme ayant moi-même un chien Mira. Cette démarche de divulgation de soi est recommandée par Dunbar et al. (2002) pour faire de la recherche avec des groupes minoritaires ou marginalisés pour lesquels un passé de déformation et d'interprétation erronée a pu contribuer à une forme de méfiance. La recherche avec des populations historiquement à risque nécessite une posture de réflexion et de remise en question par rapport à l'adoption d'approches traditionnelles. Ce faisant, il est possible de prendre des décisions éclairées par et pour les populations en question.

Le rôle d'*insider* m'a aussi donné l'occasion d'approfondir la portée et le sens des discussions. Des personnes du groupe ont dit apprécier le fait que je comprenne leur quotidien, qu'elles n'aient pas besoin de m'expliquer en détail tout ce qui est partagé, ou encore que nous puissions partager des référentiels et des expériences communes d'accessibilité. Il s'agit d'une approche que Liamputtong (2007) met aussi de l'avant et que Douglas (1985) appelle « *creating interviewing* » (« entretien en création »), où le chercheur ou la chercheuse cherche à établir un terrain d'entente avec la personne participante, de manière à ce que leurs univers respectifs puissent coexister dans un espace narratif commun – un espace parfois inconfortable, mais reconnaissable et partagé. Ces échanges prennent alors la forme d'un dialogue sensible plutôt que d'une entrevue à nature statique, ce qui se traduit par des échanges et des partages plus authentiques, selon moi, allant même toucher avec respect une vulnérabilité partagée. Ceci pourrait être attribuable au lien de confiance établi et aux partages de référentiels et d'expériences communes, ce qui peut permettre aux personnes participantes de s'ouvrir sur des dimensions sensibles de leur expérience.

En entreprenant cette recherche, une piste de réflexion est revenue à de multiples reprises : dans une recherche qui porte sur l'inclusion et l'accessibilité, comment puis-

je adopter une démarche qui soit elle aussi inclusive et accessible? En effet, les résultats de cette étude donnent un aperçu de l'écart entre les discours et la réalité, formant une dichotomie entre ce qui est prôné et ce qui est vécu. J'ai donc eu à me poser de nombreuses questions et à me remettre souvent en question avant, pendant et après la production de données. Mes décisions ont souvent été prises en consultation avec les personnes au cœur de ma recherche (Liamputtong, 2007), ce qui est prescrit dans les études critiques sur le handicap. Au-delà de l'approche, toutefois, j'ai dû adapter des processus normatifs en recherche afin que le déroulement de mon étude ne crée pas d'obstacles à son accessibilité. Cela a notamment impliqué une discussion avec le comité éthique de l'institution ayant octroyé le certificat. Par exemple, il m'avait été préalablement demandé par le comité éthique de fournir à chaque personne participante un formulaire de consentement éthique à faire signer à toute personne se retrouvant de près ou de loin dans les photographies prises au quotidien. En contexte de pandémie, cette demande venait toutefois augmenter le facteur de risque par rapport à la santé physique et mentale de mon groupe, la signature du formulaire impliquant un contact direct. Elle augmente aussi l'indice de vulnérabilité de ces personnes qui prennent des photos de leur quotidien et des obstacles à l'accessibilité et peut augmenter les inégalités sociales auprès de certaines personnes. Par exemple, les personnes aveugles ne peuvent pas éviter de prendre en photo les visages des gens, une approche préconisée dans l'étude de Hannes et Parylo (2014). En réponse, cette proposition a été acceptée par le comité éthique : dans les cas où des photos montrent des gens ou des endroits identifiables, j'aurai la responsabilité de brouiller les personnes et les lieux en question avant de les publier. Il s'agit d'un exemple du principe de flexibilité requise dans une recherche qui se veut accessible et au service de la communauté concernée.

Une autre stratégie utilisée concerne l'adaptation de ma recherche aux besoins et aux profils des personnes dans le groupe. L'inclusion vise à optimiser le plein potentiel de chacun, selon ses forces et ses besoins, ce qui peut être appliqué dans ce projet. J'ai donc mis en place des procédures qui bénéficiaient au plus grand nombre de personnes possible, par exemple en donnant le plus de flexibilité possible dans le processus de recherche, mais aussi en adaptant certaines composantes selon les besoins émergents et les commentaires. Chaque expérience d'entrevue ou d'échanges a donc été unique, tant sur le plan humain que sur le plan logistique, et m'a fait découvrir une multitude de stratégies ou d'outils d'accessibilité. En me familiarisant avec des outils d'accessibilité technologique et des ressources, j'ai pu mieux comprendre ce que partageaient les gens du groupe et approfondir les discussions. Par exemple, en entrevue, une personne du groupe m'a fait part de l'application pour cellulaire Eye View, qui permet de sélectionner un diagnostic de déficience visuelle et le degré de sévérité, puis « regarder » notre environnement depuis la lentille du cellulaire en guise de simulation. Ces stratégies m'ont permis de me mettre en partie « à la place de » et de susciter des discussions sensibles et transparentes.

Enjeux éthiques et recommandations

L'utilisation du photovoix implique de nombreux enjeux éthiques qu'il importe de considérer. Malgré le processus de rééquilibration partiel des relations de pouvoir entre les personnes participantes et les personnes chercheuses à l'aide de la posture épistémologique, l'équilibre est difficilement atteint. Tel est souvent le cas dans les études où le chercheur ou la chercheuse est externe au milieu ou à la communauté, ce qui peut influencer le processus (Mannay, 2016).

Le photovoix peut faire émerger des récits de vie émotifs et rendre vulnérables les personnes participantes à l'étude (Mannay, 2016). Une pratique réflexive chez le chercheur ou la chercheuse est essentielle en tout temps au cours de son processus de recherche. Ainsi, les personnes du groupe se sont fait offrir différentes options si elles choisissaient de ne pas s'engager dans le processus de prise de photos. Par exemple, deux personnes n'ont presque pas publié dans le groupe, pour diverses raisons, mais ont contribué aux entrevues, comme Steve : « Je suis vraiment pas photo dans la vie en plus. [...] Mais oui, d'écrire sur le groupe, c'est bien ». Des suggestions des personnes au cœur de l'étude ont été prises en considération, dont la possibilité d'ajouter des vidéos pour mieux démontrer certaines expériences d'accessibilité. Le photovoix contribue à ce qui est appelé une « science ralentie », plus flexible et permettant les découvertes heureuses – aussi appelée « *serendipity* » en anglais (Rivoal & Salazar, 2013), ce qui a été constaté à de nombreux moments dans le cadre de cette étude.

Un autre enjeu éthique émergeant de cette méthode est lié à l'anonymat. La photographie permet de capturer un individu dans un moment donné de sa vie, ce qui pose un défi pour l'anonymisation des données de recherche. Dans les publications qui en découlent, les personnes participantes ainsi que leur famille, leurs amis et leur entourage deviennent visibles (Hannes & Parylo, 2014), ce qui peut avoir des retombées sur leur santé mentale et les communautés marginalisées (Riley & Manias, 2003). La recherche est une fenêtre sur l'inconnu et elle peut causer des préjudices aux personnes participantes et à d'autres personnes : le consentement éclairé tout au long de la recherche est donc essentiel en respect de l'article 3.1 de l'Énoncé de politique des trois conseils de 2022 (Gouvernement du Canada, 2022). Dans le cadre de cette étude, des consignes ont été partagées afin d'éviter dans la mesure du possible de prendre en photo les visages des personnes figurantes. La chercheuse s'était également engagée à anonymiser les personnes et les lieux des photographies qui seraient publiées pour à la fois respecter l'Énoncé et favoriser la participation de tout le monde, y compris des personnes aveugles ne pouvant vérifier l'anonymat des images par elles-mêmes. Enfin, les recherches photovoix doivent être l'objet d'un processus réflexif et critique constant de la part des chercheurs et chercheuses désirant la mettre en œuvre. L'exploration intrinsèque des thèmes de la représentation, l'interprétation, la vérité, la confidentialité et le choix du silence sont essentiels au succès de l'approche, tout comme l'ajustement

du processus afin de ne pas reproduire des inégalités sociales ou de mettre à risque la santé du groupe participatif.

Recommandations pour les prochaines recherches

En guise de recommandations, il serait intéressant et pertinent d'ajouter une lentille féministe et de l'intersectionnalité au photovoix afin d'étudier le sujet au regard des dynamiques d'inégalités sociales et de la santé mentale. Cet exercice permettrait de mieux cibler les différents systèmes d'oppression qui renforcent les inégalités sociales et créent des obstacles à la participation sociale des personnes appartenant à des groupes minorisés. L'intersectionnalité est une approche compréhensive qui vise à mettre en relation les différents systèmes d'oppression alimentant les inégalités sociales et la discrimination, et qui met à risque la participation sociale des groupes minorisés (Hill Collins & Bilge, 2020). Cet exercice d'analyse permettrait de mettre en lumière une forme d'intersectionnalité au sein du diagnostic de handicap et de sa présentation (Hill Collins & Bilge, 2020), ce qui touche notamment les notions de visibilité du handicap, dont de la santé mentale (Goffman, 1975). Cette analyse sur l'intersection entre les identités, les statuts et les dynamiques au sein de groupes de recherche serait intéressante afin de mieux comprendre qui en fait partie, les dynamiques à l'interne et les impacts à long terme, notamment sur la santé mentale.

Bien que l'approche méthodologique ait cherché à sortir des sentiers battus pour finalement entendre des discours encore trop peu présents, elle contribue aux limites de cette recherche. Par exemple, la composante technologique imposée par le contexte de la pandémie a permis à un groupe d'échanger ensemble sans se retrouver au même endroit. Toutefois, certaines personnes ont mentionné qu'il s'agissait d'une limite, car elles étaient moins à l'aise avec les réseaux sociaux, la technologie ou, même, oubiaient de participer. Dans une recherche utilisant les réseaux sociaux et les technologies, il serait judicieux de faire des suivis avec chaque personne sur une base régulière afin de les appuyer dans la recherche de solutions. Une collecte de données utilisant plusieurs médiums permettrait donc peut-être à plusieurs personnes d'y participer.

Il serait finalement recommandé aux prochaines personnes chercheuses s'intéressant à des groupes marginalisés d'adopter des recherches-développements, des recherches collaboratives ou des recherches participatives, et basées sur les arts, dans lesquelles des initiatives de sensibilisation seraient développées avec les personnes concernées. Les recherches innovantes impliquent que la personne chercheuse fasse preuve de créativité, de patience et adopte une posture sensible.

Conclusion

La présentation de la méthode de collecte de données photovoix offre un aperçu des avantages liés à son utilisation dans des recherches visant la justice sociale et l'*empowerment* de populations marginalisées (Liamputtong, 2007), et des retombées sur ces dernières. Dans le cadre de cette recherche menée avec des personnes en situation

de handicap, l'adaptation de cette méthode a permis de créer un corpus de données riches et authentiques tout en créant un espace d'échanges respectueux à l'aide d'un groupe Facebook et d'entretiens individuels accessibles. Ce processus réflexif et transformatif de la recherche qualitative permet de constater qu'il est possible de faire de la recherche inclusive et accessible tout en respectant les besoins des populations concernées, notamment à l'aide de la méthode photovoix. Cet exercice a mené à différents changements mis en place en amont ou en réaction à des besoins exprimés pendant la recherche, ce qui n'aurait pas été possible sans un lien de confiance établi au sein du groupe et avec la chercheuse, et l'humilité de celle-ci. Cette transformation nécessite un important processus d'adaptation critique, tant chez la personne chercheuse qu'au sein des traditions en recherche qui gagnent à être remises en question. Tout en prenant en considérant les divers enjeux éthiques pouvant émerger de cette approche, il est également suggéré d'entamer cette transformation en concertation avec les communautés qui sont au cœur de la recherche et qui sont expertes de leur propre expérience en respect du principe de « rien sur nous sans nous ».

Notes

¹ Le parent a les mêmes droits d'accès qu'un bénéficiaire de chien d'assistance, même en l'absence de l'enfant.

² Certaines personnes participantes ont choisi d'être identifiées par leur nom et celui de leur chien, tandis que d'autres ont opté pour un pseudonyme. Ces demandes ont été respectées conformément aux exigences éthiques.

³ Tous les extraits de verbatim partagés dans le présent article sont tirés des entretiens.

⁴ « 1) engage and connect a large, diverse set of participants, 2) be culturally responsive, and 3) preserve project resources » (Lichty et al., 2019, p. 6).

⁵ VoiceOver est un lecteur d'écran intégré sur les dispositifs technologiques Apple.

Références

- Abat-Roy, V. (2020, 17 Juin). La Covid-19 met des obstacles pour les bénéficiaires de chiens d'assistance. *La Conversation*. <https://theconversation.com/la-covid-19-met-des-obstacles-pour-les-beneficiaires-de-chiens-dassistance-139930>
- Abat-Roy, V. (2024). *L'(in)accessibilité et l'inclusion des personnes en situation de handicap bénéficiaires de chiens-guides et de chiens d'assistance : une recherche photovoix* [Thèse de doctorat inédite]. Université d'Ottawa, Canada.
- Anderson, K. (2023). Including people with spinal cord injury in research as participants, partners, and personnel. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph20156466>

- American Psychological Association (APA). (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7e éd.). American Psychological Association.
- Balmer, C., Griffiths, F., & Dunn, J. (2015). A review of the issues and challenges involved in using participant-produced photographs in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1726-1737.
- Barker, P. (1990). *Clinical interviews with children and adolescents*. Norton.
- Boutin, G. (2018). *L'entretien de recherche qualitatif* (2^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Collier, J. (1967). *Visual anthropology: Photography as a research method*. Holt, Rinehart and Winston.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage Publications.
- Douglas, J. (1985). *Creative interviewing*. Sage Publications.
- Dunbar, C., Rodriguez, D., & Parker, L. (2002). Race, subjectivity, and the interview process. Dans J. F. Gubrium, & J. A. Holstein (Éds), *Handbook of interview research* (pp. 279-298). Sage Publications.
- Ferlatte, O., Karmann, J., Gariépy, G., Frohlich, K. L., Moullec, G., Lemieux, V., & Hébert, R. (2022). Virtual photovoice with older adults: Methodological reflections during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Qualitative Methods*, 21. <https://doi.org/10.1177/16094069221095656>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4^e éd.). Chenelière éducation.
- Glaw, X., Inder, K., Kable, A., & Hazelton, M. (2017a). Visual methodologies in qualitative research: Autophotography and photo elicitation applied to mental health research. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). <https://doi.org/10.1177/1609406917748215>
- Glaw, X., Kable, A., Hazelton, M., & Inder, K. (2017b). Meaning in life and meaning of life in mental healthcare: An integrative literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(3), 243-252. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1253804>
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*. Éditions de Minuit.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. Éditions de Minuit.
- Gouvernement du Canada (2022). *Énoncé de politique des trois conseils. Éthique de la recherche avec des êtres humains – EPTC 2*. <https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2022-fr.pdf>

- Habermas, J. (2003). Towards a cosmopolitan Europe. *Journal of Democracy*, 14(4), 86-100.
- Han, C. S., & Oliffe, J. L. (2016). Photovoice in mental illness research: A review and recommendations. *Health*, 20(2), 110-126.
<https://doi.org/10.1177/1363459314567790>
- Hannes, K., & Parylo, O. (2014). Let's play it safe: Ethical considerations from participants in a photovoice research project. *International Journal of Qualitative Methods*, 13(1), 255-274.
- Harrington, C., & Schibik, T. (2003). Reflexive photography as an alternative method for the study of the freshman experience. *NASPA Journal*, 41(1), 23-40.
<https://doi.org/10.2202/1949-6605.1303>
- Hill Collins, P., & Bilge, S. (2020). *Intersectionality* (2^e éd.). Polity.
- Khanlou, N., & Peter, E. (2005). Participatory action research: Considerations for ethical review. *Social Science and Medicine*, 60(10), 2333-2340.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.10.004>
- Lapenta, F. (2011). Some theoretical and methodological views on photo-elicitation. Dans E. Margolis, & L. Pauwels (Éds), *The Sage handbook of visual research methods* (pp. 201-213). Sage Publications.
- Lazer, D., Kennedy, R., King, G., & Vespignani, A. (2014). The parable of Google flu: Traps in big data analysis. *Science*, 343(6176), 1203-1205.
<https://doi.org/10.1126/science.1248506>
- Leclerc, C. (2024). *Intervenir en groupe : savoirs et pouvoir d'agir* (5^e éd.). Presses de l'Université Laval.
- Lescarbeau, R. (2000). La méthode de l'incident critique. *Interactions*, 4(1), 159-164.
https://www.usherbrooke.ca/psychologie/fileadmin/sites/psychologie/espace-etudiant/Revue_Interactions/Volume_4_no_1/V4N1_LESCARBEAU_Robert_p159-164.pdf
- Liamputtong, P. (2007). *Researching the vulnerable*. Sage Publications.
- Lichty, L., Kornbluh, M., Mortensen, J., & Foster-Fishman, P. (2019). Claiming online space for empowering methods: Taking photovoice to scale online. *Global Journal of Community Psychology Practice*, 10(3), 1-26.
- Liebenberg, L. (2018). Thinking critically about photovoice: Achieving empowerment and social change. *International Journal of Qualitative Methods*, 17(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1177/1609406918757631>
- Mahloholo, M. G. (2010). Towards sustainable empowering learning environments: Unmasking apartheid legacies through scholarship of engagement. *South African Journal of Higher Education*, 24(3), 287-301.

- Mannay, D. (2016). *Visual, narrative and creative research methods*. Routledge.
- Nkoane, M. M. (2012). Critical emancipatory research for social justice and democratic citizenship. *Perspectives in Education*, 30(4), 98-104.
- Pauwells, L., & Mannay, D. (2019). *The Sage handbook of visual research methods* (2^e éd.). Sage Publications.
- Pirrone, M., Centorrino, M., Galletta, A., Sicari, C., & Villari, M. (2023). Digital humanities and disability: A systematic literature review of cultural accessibility for people with disability. *Digital Scholarship in the Humanities*, 38(1), 313-329. <https://doi.org/10.1093/llc/fqac045>
- Rai, S., Gurung, D., & Kohrt, B. (2023). The photovoice method for collaborating with people with lived experience of mental health conditions to strengthen mental health services. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, 1-9. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.73>
- Riley, R., & Manias, E. (2003). Snap-shots of live theatre: The use of photography to research governance in operating room nursing. *Nursing Inquiry*, 10(2), 81-90.
- Rios, D., Magasi, S., Novak, C., & Harniss, M. (2016). Conducting accessible research: Including people with disabilities in public health, epidemiological, and outcomes studies. *American Journal of Public Health*, 106(12), 2137-2144. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303448>
- Rivoal, I., & Salazar, N. B. (2013). Contemporary ethnographic practice and the value of serendipity. *Social Anthropology*, 21(2), 178-185. <https://doi.org/10.1111/1469-8676.12026>
- Salmons, J. (2017). Using social media in data collection: Designing studies with the qualitative E-research framework. Dans L. Sloan, & A. Quan-Haase (Éds), *The Sage handbook of social media research methods* (pp. 177-196). Sage Publications.
- Sigstad, H., & Garrels, V. (2017). Facilitating qualitative research interviews for respondents with intellectual disability. *European Journal of Special Needs Education*, 33, 692-706. <https://doi.org/10.1080/08856257.2017.1413802>
- Simmons, N. (2017). Critical incident method. Dans M. Allen (Éd.), *The Sage encyclopedia of communication research methods* (vol. 1, pp. 300-302). Sage Publications.
- Tanhan A., & Strack, R. W. (2020). Online photovoice to explore and advocate for Muslim biopsychosocial spiritual wellbeing and issues: Ecological systems theory and ally development. *Current Psychology*, 39(6), 2010-2025. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00692-6>

- Trépos, J.-Y. (2015). Des images pour faire surgir des mots : puissance sociologique de la photographie. *Année sociologique*, 1(65), 191-224. <https://doi.org/10.3917/anso.151.0191>
- Tougas, A.-M., Cotton, J. C., & Paré-Beauchemin, R. (2022). Promesses et défis de mise en œuvre de la méthode photovoix auprès de jeunes vulnérables. *Recherches qualitatives*, 41(1), 133-155. <https://doi.org/10.7202/1088798ar>
- Wang, Q., Coemans, S., Siegesmund, R., & Hannes, K. (2017). Arts-based methods in socially engaged research practice: A classification framework. *Art/Research International: A Transdisciplinary Journal*, 2(2), 5. <https://doi.org/10.18432/r26g8p>

Virginie Abat-Roy est professeure en inclusion scolaire à la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Moncton au Nouveau-Brunswick et titulaire d'un doctorat en éducation de l'Université d'Ottawa. Ses champs d'intérêt sont l'accessibilité pour tous, les processus d'inclusion et d'exclusion, ainsi que les pratiques pédagogiques innovantes.

Pour joindre l'autrice :
virginie.abat-roy@umoncton.ca

***Les affordances scientifiques et sociales du photovoix
en contexte de santé mentale :
perspectives critiques issues de deux projets de recherche***

Julie Karmann, Doctorante

Université de Montréal, Québec, Canada

Kinda Wassef, M.P.H.

Université de Montréal, Québec, Canada

Maxi Gaudette, Doctorant

Université de Montréal, Québec, Canada

Olivier Ferlatte, Ph. D.

Université de Montréal, Québec, Canada

Note des personnes autrices : Le projet Cannapix a été financé par la Commission de la santé mentale du Canada. Le projet Confinés, ensemble! a été rendu possible grâce au soutien financier du Réseau de recherche en santé des populations du Québec et du Centre de recherche en santé publique. Julie Karmann bénéficie d'une bourse doctorale des Fonds de recherche du Québec (FRQ), Maxi Gaudette bénéficie de bourses des Fonds de recherche du Québec (FRQ) et du Conseil de recherches en sciences humaines, et Olivier Ferlatte est soutenu par une bourse salariale Junior 1 des Fonds de recherche du Québec (FRQ). Nous souhaitons adresser nos plus vifs remerciements aux participants et participantes ayant pris part aux recherches Cannapix et Confinés, ensemble! Votre impact sur la connaissance scientifique a été significatif de même que sur nous, scientifiques. Un grand merci aussi à tous les partenaires communautaires ayant été impliqués dans ces deux aventures, pour leur temps et leur engagement. Nous exprimons nos sincères remerciements à nos bailleurs de fonds. Leur appui a rendu possible tout ce qui suit.

RECHERCHES QUALITATIVES – Vol. 44(1), pp. 157-182.

INÉGALITÉS SOCIALES ET SANTÉ MENTALE : APPORTS, DÉFIS ET CONTRAINTES DE LA RECHERCHE QUALITATIVE

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

© 2025 Association pour la recherche qualitative

Résumé

Le photovoix, une approche participative émancipatrice invitant les personnes participantes à documenter un thème d'intérêt à travers la prise de photographies, a connu un essor appréciable ces dernières années. Cependant, son utilisation et sa documentation demeurent rares dans l'exploration d'enjeux de santé mentale en contexte francophone. Cet article vise à combler ce manque de connaissances par la mise en évidence de certaines des affordances – ou possibilités – scientifiques et sociales de l'approche dans un cadre de promotion de la santé mentale. Il s'appuie pour cela sur le retour d'expériences et les réflexions issus de deux projets de recherche conduits en ligne pendant la pandémie de COVID-19 avec des populations marginalisées, notamment les aînés et les jeunes de la communauté lesbienne, gaie bisexuelle, trans, queer et autres minorités sexuelles et de genre (LGBTQ+) au Québec. Sur le plan scientifique, ces travaux révèlent que le photovoix permet de générer une connaissance contextualisée, humanisée et affective. Sur le plan social, ces recherches mettent en évidence la possibilité d'engendrer des *safe spaces*, une meilleure connaissance de soi, de la résilience et un débat sociétal. En abordant également les défis de cette approche, cet article démontre que le photovoix est un processus de recherche basé sur la co-construction, capable de contribuer à une meilleure connaissance de la santé mentale, d'infléchir les regards sur cette dernière et de promouvoir la justice sociale.

Mots clés

PHOTOVOIX, SANTÉ MENTALE, AÎNÉS, COMMUNAUTÉ LGBTQ+, COVID-19

The scientific and social affordances of photovoice in the context of mental health: critical perspectives from two research projects

Abstract

Photovoice, an emancipatory, participatory approach that invites participants to document a topic of interest through photography, has grown significantly in recent years. However, its use and documentation remain rare in the exploration of mental health issues in a French-speaking context. This article aims to fill this knowledge gap by highlighting some of the scientific and social affordances – or possibilities – of the approach in a mental health promotion setting. To this end, it draws on feedback and reflections from two online research projects conducted during the COVID-19 pandemic with marginalised populations, including older adults and young people from the lesbian, gay, bisexual, transgender, queer and other sexual and gender minorities (LGBTQ+) community in Québec. From a scientific perspective, this work reveals that photovoice can generate contextualised, humanised and emotional knowledge. From a social perspective, this research highlights the possibility of creating safe spaces, greater self-awareness, resilience and societal debate. By also addressing the challenges of this approach, this article demonstrates that photovoice is a co-constructed research process. It shows how photovoice can contribute to deepening our understanding of mental health, shifting its perceptions, and promoting social justice.

Keywords

PHOTOVOICE, MENTAL HEALTH, SENIORS, LGBTQ+ COMMUNITY, COVID-19

Introduction : contexte

L'essor de la recherche qualitative en santé mentale soulève des défis complexes, notamment en raison de l'intériorité profonde, du tabou et de la stigmatisation associés aux troubles de santé mentale (Peters, 2010). Ces facteurs limitent l'accès aux expériences subjectives des individus, obligeant les personnes chercheuses à faire preuve de créativité et d'innovation méthodologique pour capter ces réalités souvent occultées. Parmi ces innovations, le photovoix se distingue en tant qu'unique approche combinant à la fois outil artistique, devis participatif et recherche-action. Dans le cadre d'un photovoix, les personnes participantes sont invitées à s'exprimer à travers la prise de photographies, lesquelles sont ensuite discutées et analysées avec les autres personnes participantes et chercheuses dans le but de renforcer les communautés et de catalyser le changement (Wang et al., 1998). En sortant des cadres parfois rigides de la recherche traditionnelle, et par sa dimension créative, cette approche permet de générer des connaissances inédites, voire inaccessibles par d'autres approches, et ainsi de favoriser une compréhension plus profonde et nuancée des enjeux de santé mentale (Han & Oliffe, 2016). Toutefois, l'approche photovoix demeure encore peu valorisée dans la recherche en santé (Stephens et al., 2023). Cet article offre une réflexion critique sur les affordances – ou possibilités offertes par un contexte – scientifiques et sociales du photovoix, lorsque mis en œuvre virtuellement, en promotion de la santé mentale auprès de populations marginalisées. La discussion sera illustrée avec deux projets de recherche, l'un sur l'impact des mesures sanitaires de la COVID-19 sur la santé mentale chez les personnes âgées, l'autre sur la santé mentale et la consommation de cannabis chez les jeunes lesbiennes, gays, bisexuel, trans, queer ou autres personnes de la diversité sexuelle et de genre (LGBTQ+).

Le photovoix

Wang et Burris (1997) ont développé l'approche photovoix en combinant la photographie et la narration pour explorer les expériences des communautés marginalisées, initialement centrées sur les femmes chinoises. S'appuyant sur la théorie de la conscience critique de Paulo Freire (2000), le féminisme et la photographie documentaire participative, cette approche vise à perturber les enjeux de pouvoir en recherche et à amplifier les voix des participants et participantes (Wang, 1999). Ses fondatrices ont établi trois objectifs principaux (Wang & Burris, 1997). Le premier était d'offrir une opportunité aux personnes participantes à la recherche de documenter elles-mêmes les forces et les défis de leurs communautés. Les déterminants sociaux de la santé étaient centraux à cet objectif, appelant ces personnes à photographier les liens entre leurs expériences, les politiques et les structures. Le deuxième objectif était de partager des photos pour faciliter des échanges et distiller les points de vue collectifs des personnes participantes. Le dernier objectif était de sensibiliser les décideuses et

décideurs en utilisant l'expérience des personnes participantes comme levier pour faire pression en faveur de changements sociaux bénéficiant aux communautés concernées.

Au cours des 25 années écoulées depuis le travail séminal de Wang et Burris, une multitude d'études ont mobilisé l'approche photovoix pour faire avancer les connaissances sur la santé et d'autres enjeux sociaux. Malgré plusieurs adaptations, une étude employant l'approche photovoix reste généralement structurée autour de quatre étapes : 1) les participants et participantes sont formés à l'utilisation des appareils photo et à la photographie, aux enjeux éthiques et reçoivent des consignes pour prendre des photos relativement à une question les concernant; 2) ils prennent des photos et en discutent lors d'entrevues individuelles ou de groupes; 3) les photos et les entrevues sont analysées, parfois (et idéalement) avec la participation des personnes concernées; 4) les photos sont diffusées via différents médias (exposition in situ, médias sociaux, articles de presse, etc.) dans le but de catalyser un changement social en sensibilisant divers publics à des problématiques souvent négligées. Le photovoix a depuis évolué pour combiner d'autres approches qualitatives telles que la phénoménologie (Tanhan & Strack, 2020) ou la théorisation ancrée (Ferlatte, Handlovsky et al., 2022). La révolution numérique survenue ces dernières années a par ailleurs exercé une influence considérable sur le photovoix, notamment à travers la démocratisation des appareils photo intégrés aux téléphones intelligents (Foster et al., 2023), l'utilisation des médias sociaux (Breny & McMorrow, 2022) et la diffusion des résultats lors d'expositions virtuelles (Foster et al., 2023). Ce tournant numérique a également soulevé des enjeux éthiques, en particulier concernant l'engagement des populations fortement marginalisées (Olliffe et al., 2023).

Malgré plusieurs adaptations et le fait que le photovoix soit une approche flexible, les principes de recherche-action et d'autonomisation qui en découlent demeurent, conformément à la vision de ses fondatrices, au cœur de la méthode. En effet, le photovoix repose sur l'idée que les personnes participantes sont les expertes de leur propre santé et des enjeux sociaux auxquels elles font face, méritant ainsi un rôle actif dans la production des connaissances (Catalani & Minkler, 2010). Les étapes clés de cette approche transfèrent l'autorité des personnes chercheuses aux personnes participantes, assurant que la recherche reflète les priorités des communautés concernées (Liebenberg, 2022). Le caractère participatif est ainsi central dans l'approche. Ce dernier peut varier d'une étude à l'autre suivant un continuum allant d'une participation minimale à une complète corecherche (Brown, 2022). Quel que soit le niveau participatif mobilisé, tout projet photovoix vise à ce que les personnes participantes développent une conscience critique de leurs expériences et de leur communauté, élargissent leurs réseaux sociaux et favorisent le changement social par la diffusion publique de leurs photographies (Macdonald, Dew, et al., 2022).

Motivée par le potentiel transformateur de cette approche, la recherche en photovoix a commencé à éclairer divers enjeux liés à la santé mentale tels que le suicide (Ferlatte et al., 2019), l'anxiété (Woodgate et al., 2024), la crise des opioïdes (Goodyear et al., 2023) ou l'expérience des soins de santé mentale (Vélez-Grau, 2019). Dans l'ensemble, ces divers projets démontrent que le photovoix est une méthode prometteuse pour générer des connaissances riches et nuancées sur la santé mentale de diverses populations. Néanmoins, deux revues de portée sur l'utilisation du photovoix en contexte de santé mentale ont souligné le besoin de développement méthodologique et théorique, ainsi que de meilleurs guides concernant l'application de l'approche lorsqu'employée dans des contextes de santé mentale (Han & Oliffe, 2016; Stephens et al., 2023). Les exemples et les écrits sont particulièrement manquants dans la littérature francophone.

Le concept d'affordance, défini par les possibilités offertes par un contexte, s'avère pertinent pour analyser le potentiel du photovoix. Lorsqu'employée dans le cadre de la théorie de l'espace, son contexte originel, l'affordance renvoie à la perception des actions offertes par un environnement physique à un individu qui y évolue (Gibson, 2014). La qualité heuristique du concept d'affordance lui a valu son adoption par d'autres domaines comme l'anthropologie, la neuroscience ou encore la communication (Evans et al., 2017; Ingold, 1989; Osiurak et al., 2017). Cet article utilise le concept d'affordance pour revisiter les enseignements scientifiques et sociaux de deux projets photovoix conduits en contexte de santé mentale. En documentant de telles affordances, ce travail vise d'une part à enrichir la documentation sur l'utilisation du photovoix en contexte de santé mentale et d'autre part à bonifier son cadre théorique et méthodologique. Il contribue ainsi à répondre aux appels de la communauté scientifique pour une exploration approfondie des applications du photovoix (Ferlatte, Karmann, et al., 2022; Han & Oliffe, 2016).

Une méthode, deux projets

Le projet Confinés, ensemble! a vu le jour au printemps 2020, en plein cœur de la première vague de la pandémie de COVID-19. Face aux risques accrus d'isolement social liés aux mesures sanitaires pour les personnes âgées, ce projet visait à documenter l'expérience de ces dernières, dans le contexte du Québec, lors de la première vague de COVID-19, du point de vue de leur santé mentale. Les objectifs du projet étaient doubles : briser l'isolement chez les participantes et participants; et produire des données pour améliorer la compréhension des impacts des mesures sanitaires sur la santé mentale des personnes âgées. Au total, 26 personnes âgées de 60 à 81 ans, appartenant à trois groupes de personnes âgées considérées à risque de solitude (vivant en résidence privée pour personnes âgées, appartenant à la communauté LGBTQ+, et vivant seules à domicile) ont pris part au projet, formant 5 groupes de discussion. L'approche combinait la prise de photographies et leur discussion en petits groupes à raison d'une fois par semaine pendant trois semaines consécutives. Les groupes de discussion étaient

enregistrés, transcrits verbatim, et les données analysées selon une approche thématique (Braun & Clarke, 2006). Le projet s'est conclu par une exposition des photographies. Compte tenu des contraintes sanitaires alors en vigueur, la recherche s'est déroulée entièrement en ligne, incluant l'exposition finale des photographies. Cette dernière a été déployée sur un site internet dédié pour rendre les photos accessibles à un large public, et ce, durant une année. Les résultats de ce projet ont fait l'objet de plusieurs publications (Karmann et al., 2023; Karmann et al., 2024).

Le projet Cannapix a quant à lui été conçu pour explorer les expériences et les perceptions des jeunes LGBTQ+ concernant l'usage de cannabis et son impact sur la santé mentale. Le projet combinait la prise de photographies à des entrevues individuelles en ligne, menées par des personnes paires-chercheuses. L'option des entretiens individuels a été retenue en raison de la triple stigmatisation que subissent ces jeunes (santé mentale, identités LGBTQ+ et usage du cannabis), qui pouvait limiter la libre expression en contexte de groupe. Un total de 46 jeunes âgés de 15 à 24 ans vivant avec des enjeux de santé mentale ont pris part au projet pour partager leurs perspectives, leurs expériences et leurs motivations associées à l'usage du cannabis. Une sélection des photographies recueillies a été exposée pendant 10 jours dans une galerie du Village à Montréal, accompagnée de la production d'un livre regroupant les images. Ces activités ont permis au grand public et aux décideurs de prendre connaissance de ce travail. La collecte des données ayant eu lieu alors que les mesures sanitaires liées à la pandémie de COVID-19 étaient encore en vigueur, toutes ces étapes, hormis l'exposition, se sont déroulées virtuellement. Les résultats de l'étude sont disponibles dans une autre publication (Ortiz-Paredes et al., 2024).

Ces deux expériences de recherche, les nombreuses notes de recherche et discussions qu'elles ont alimentées au sein de notre équipe, nous permettent de mettre inductivement en avant quelques-unes des affordances scientifiques et sociales du photovoix en contexte de promotion de la santé mentale. Afin de respecter l'anonymat des participants et participantes, tous les noms ont été remplacés par des pseudonymes.

Les affordances scientifiques du photovoix au service de la promotion de la santé mentale

Le photovoix est une approche de recherche qui, scientifiquement, offre la possibilité de produire une connaissance contextualisée, humanisée et affective.

Une connaissance contextualisée

En explorant des photographies, le photovoix amène à interroger le contexte dans lequel ces dernières s'insèrent. La méthode offre de ce fait une compréhension holistique des forces à l'œuvre dans la problématique de santé mentale à l'étude. L'exploration du sens d'une photographie conduit à aborder son écosystème, qui est aussi celui dans lequel l'enjeu de santé mentale prend place. À quel moment et où la photo a-t-elle été prise?

En quoi ce moment ou ce lieu est-il important pour la photographie? Pour la personne participante? Dans quel état d'esprit était cette dernière à ce moment? La photographie s'inscrit directement dans l'environnement physique, social et émotionnel de la personne participante, qui choisit, cadre et capture les éléments signifiants pour elle. Par exemple, Maya, une participante de Cannapix, avait pris une photographie montrant un escargot qu'elle avait rencontré lors d'une promenade après avoir consommé du cannabis (Figure 1). Cette image nous révèle comment la consommation de cannabis aiguïssait l'attention de Maya aux petits détails de son environnement, comme ce petit escargot. De même, la photographie d'un coucher de soleil de Lise, participante de Confinés, ensemble!, disait l'importance de la beauté pour son bien-être, mais aussi celle de son lieu de vie plus généralement. La résidence intergénérationnelle où elle habitait, lui offrant tout le support social dont elle avait besoin, contribuait grandement à son sentiment de sécurité.

Lorsque réalisé sur une période prolongée, le photovoix peut aussi témoigner de l'émergence de phénomènes liés à la santé mentale. La connaissance contextuelle est alors maximale, la photographie prenant dans ce cas la forme de photoreportage. Ainsi, les photos prises sur trois semaines consécutives dans le cadre de Confinés, ensemble! racontaient une histoire, avec un début – un état initial –, un milieu et une fin. Trois semaines, cela reste un temps relativement court, mais suffisamment long pour permettre aux personnes participantes de cheminer au fil des semaines et de témoigner de leur résilience et des transformations vécues (Karmann et al., 2023). C'est ainsi que Marie, déguisée en chevalier pour les besoins du cliché, déclarait sa victoire sur la peur ressentie au début de la pandémie (Figure 2). L'acceptation de la possibilité de mourir avait engendré chez elle un lâcher-prise salutaire lui permettant de passer au travers de l'anxiété des premiers instants de la pandémie. Louise, quant à elle, relatait au fil des semaines ses voyages en terres inconnues effectués pour les besoins de la santé de sa maman, entrepris en dépit de l'angoisse que représentait pour elle toute aventure hors des murs sécuritaires du chez-soi. Plusieurs personnes participantes prenaient aussi conscience des compétences informatiques qu'elles avaient acquises par nécessité de même que le sentiment d'indépendance et de bien-être que celles-ci leur avaient permis de conserver. Les jeunes LGBTQ+, dans le cadre du projet Cannapix, ont exploré à travers leurs photographies le lien entre la consommation de cannabis et l'accès aux services de santé mentale. Les participantes et participants témoignaient d'obstacles significatifs à l'accès à des services de santé mentale adaptés (Ortiz-Paredes et al., 2024). Face à ces difficultés, les jeunes considéraient la consommation de cannabis comme une solution alternative aux services pour répondre à leurs besoins en matière de santé mentale. Dans le contexte de la pandémie, le cannabis a en particulier été décrit par les personnes participantes comme un outil de résilience, soulignant comment elles l'utilisaient stratégiquement pour gérer des enjeux de santé mentale tels que l'anxiété.

Figure 1

L'escargot



Figure 2¹

Conquérir la peur



La photographie peut ainsi offrir un accès privilégié à la réalité complexe et multidimensionnelle des personnes participantes, au-delà de ce que permettent les entretiens qualitatifs classiques.

Une connaissance humanisée

Le photovoix, en mettant les personnes participantes au centre du processus de recherche, peut favoriser la construction d'une connaissance humanisée. La photographie, en tant qu'acte créatif, représente un don de soi que la personne participante offre à son auditoire (les scientifiques, les décideuses et décideurs, le grand public). À travers la générosité qui s'exprime dans la photographie, on découvre le participant ou la participante dans son intimité, on pénètre dans son quotidien, qu'il s'agisse de son jardin, de ses relations avec sa famille ou ses proches, de ses peurs ou de ses rêves. Ce don visuel suscite une émotion chez le public (Barthes, 1982). Cette émotion engendre à son tour de l'empathie, laquelle amène à porter le regard au-delà du problème de santé mentale et à concevoir ce dernier comme l'un des aspects d'une vie autrement plus riche. Il en résulte en quelque sorte un déplacement où la personne participante n'est plus identifiée et réduite à ses enjeux de santé mentale. Ainsi, au-delà d'être une personne aînée ou une ou un jeune LGBTQ+, on apprenait que Paula était uneoureuse de la randonnée, Marie, une peintre engagée, Lucie, une maquilleuse, danseuse et chorégraphe, ou Sky, un percussionniste de jazz. En ce sens, le photovoix, en rendant visibles des identités complexes dépassant l'enjeu de santé mentale qui motive l'étude, contribue à atténuer la stigmatisation que vivent certaines personnes participantes au quotidien. Cet aspect est particulièrement important pour les communautés marginalisées, où les personnes participantes craignent souvent d'être jugées ou réduites à de simples statistiques.

Le photovoix concourt également à une connaissance humanisée grâce à la dimension créative de la photographie, laquelle promeut l'inclusion. Alors que les enjeux de santé mentale demeurent tabous et stigmatisés, le photovoix peut accroître l'accessibilité aux recherches, car les participantes et participants peuvent s'y exprimer par des moyens autres que la parole (Catalani & Minkler, 2010). Il en résulte une approche adaptée aux personnes traditionnellement marginalisées dans les recherches en santé, car potentiellement moins à l'aise avec l'expression orale, comme les enfants, les personnes s'exprimant dans une langue autre que leur langue maternelle, ou encore les personnes atteintes de troubles de santé mentale (Bossler, 2015; Cappello, 2005; First et al., 2019; Goodyear et al., 2023). Ainsi, plusieurs personnes participantes de Cannapix, qui n'avaient jamais pris part à des recherches, avaient mentionné que l'aspect créatif de la démarche les avait motivées à prendre part à la recherche.

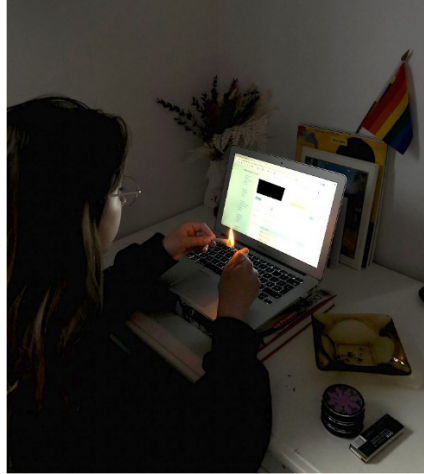
Une connaissance affective

Un des apports clés du photovoix, et des recherches basées sur l'art plus généralement, réside dans sa capacité à documenter le phénomène d'un point de vue affectif (Eisner, 2008). Ancré dans une perspective féministe, le photovoix cherche à mobiliser d'autres sources épistémologiques que celles issues d'approches traditionnelles érigeant le langage et les mots comme moyen ultime d'accès à la connaissance (Coffey, 2023). Dans ce contexte, le corps devient une source épistémologique privilégiée, notamment au travers des émotions, qui se retrouvent encapsulées dans les photographies. Si l'image pouvait d'emblée communiquer de l'émotion – telle une pluie pleurant contre la fenêtre de Betty ou le paysage apaisant d'une forêt à proximité du domicile de Lucas – c'est souvent dans sa relecture par les participantes et participants que sa dimension affective était révélée. Ainsi, le paysage enneigé de Robert, pourtant lumineux et apaisant, racontait la tristesse d'un deuil, celui de son épouse décédée peu de temps avant la recherche. Dans le cadre du projet Cannapix, Laurie avait pris une photo de son ordinateur montrant une liste de courriels qu'elle avait envoyés pour accéder à des services de santé mentale (Figure 3). À travers cette photo, Laurie partageait sa détresse face aux longs délais d'attente pour obtenir de l'aide. Pour Mélanie, une casserole qui débordait traduisait la relation anxieuse qu'elle entretenait avec la nourriture, en lien avec sa consommation de cannabis.

En outre, parce que les photographies relataient souvent des souvenirs, ces dernières étaient particulièrement efficaces pour faire resurgir des émotions qui leur étaient liées. En montrant le couloir de sa résidence, Marie se souvenait du moment où, sortie de la quarantaine qui lui avait été imposée en raison de l'éclosion du virus de la COVID-19 dans sa résidence, elle découvrait avec panique l'absence de vie qui avait gagné le lieu. De même, avec la photo qui la mettait en scène sur son balcon, prise en contre-plongée par sa famille venue l'encourager depuis le stationnement au bas de sa résidence, Sara se remémorait toute la confiance qu'elle avait ressentie à ce moment. Elle expliquait que l'angle de la photo la montrait en position de force, et qu'elle se sentait soutenue par ses proches. En révélant la dimension affective de l'expérience, le photovoix permet ainsi une lecture enrichie et renouvelée de la problématique étudiée (Harper, 2002). Ce dernier point intéresse tout particulièrement la santé mentale où émotions et affects sont des objets d'étude de première importance (Park et al., 2023).

Les affordances sociales du photovoix au service de la promotion de la santé mentale

Suivant sa tradition féministe, le photovoix est aussi un outil susceptible d'engager des changements sociaux, tels que la production de *safe spaces*, une meilleure connaissance de soi, la résilience ainsi qu'une action politique.

Figure 3*L'attente****Le photovoix, un safe space***

Parce que le photovoix vise à créer un climat de confiance tout au long du processus, il se veut un *safe space*, c'est-à-dire un lieu dans lequel les personnes participantes peuvent se sentir en sécurité. En effet, la personne qui s'engage dans un projet photovoix est amenée à construire, le temps du projet, un espace social par son interaction avec d'autres, qu'il s'agisse d'une personne chercheuse ou d'une autre personne participante ou paire-chercheuse (l'aspect participatif de l'approche mobilise parfois des membres des communautés étudiées comme personnes chercheuses). Pour que ces espaces soient véritablement sécuritaires, la confiance doit être au cœur des interactions.

Dans les deux projets, le premier contact avec la personne chercheuse avait généralement lieu lors d'un entretien introductif où, en plus de faire connaissance, la personne participante et la personne chercheuse discutaient du projet, de ses objectifs, des aspects techniques, éthiques ainsi que des préoccupations de la personne participante. Mais cette première rencontre avait d'abord pour but d'établir un lien de confiance entre la personne participante et la personne chercheuse. Pour le projet Cannapix, la collecte de données a été réalisée par des personnes paires-chercheuses, jeunes et membres des communautés LGBTQ+. Cette modalité a permis de déconstruire l'image du scientifique en blouse blanche, mettant plutôt en avant des chercheuses et chercheurs proches de la réalité des personnes participantes, sincères dans leur volonté de documenter et de valoriser les expériences des personnes LGBTQ+. Les personnes paires chercheuses, en tant que membres des communautés, partagent par ailleurs certaines valeurs et certains points d'intérêt avec les participantes et participants,

renforçant ainsi le lien de confiance et diminuant la relation de pouvoir. Cette proximité crée un espace susceptible de favoriser le sentiment de sécurité des personnes participantes et de les encourager à s'exprimer librement, sans crainte d'être jugées, en se sentant comprises, favorisant ainsi une collecte de données plus authentique et approfondie. Le protocole de collecte de données de Cannapix combinait une rencontre introductive, une période de prise de photos de deux semaines et une entrevue individuelle. Chaque entrevue était investie comme un moment privilégié pour construire un lien entre la personne paire-chercheuse et la participante ou le participant.

Dans l'étude Confinés, ensemble!, les personnes étaient invitées à participer à des groupes de discussion. Elles étaient ainsi amenées à rencontrer, en plus des chercheuses et chercheurs, d'autres personnes âgées. Chaque semaine, les photographies prises par les personnes d'un groupe étaient rassemblées en une présentation, laquelle était projetée lors d'une réunion virtuelle qui réunissait tous les membres de ce groupe. Chacun et chacune était alors invité à commenter ses clichés, suscitant les réactions et les avis des autres participantes et participants. Cette phase de partage permettait de relire et d'approfondir collectivement les photographies. La répétition de ces rencontres sur trois semaines consécutives transformait l'exercice quelque peu impressionnant en un rendez-vous plaisant où se nouait, semaine après semaine, une complicité entre les personnes d'un même groupe. Ces dernières percevaient ces rencontres comme des espaces de bien-être, où elles pouvaient s'exprimer librement et sans tabous, tout en écoutant les autres.

Le photovoix, en créant un espace de dialogue distinct des cercles familiaux ou sociaux habituels, offrait en effet aux personnes qui participaient la possibilité de partager librement leurs expériences de santé mentale. Cette approche leur permettait d'exprimer leur sentiment sans la crainte d'être un fardeau pour leurs proches ou d'être jugées. De tels *safe spaces* contribuaient à l'autonomisation des aînés de même qu'à leur estime d'eux-mêmes. Ainsi, Annabelle rapportait lors du dernier groupe de discussion que la recherche avait été pour elle un endroit « unique » pour « s'exprimer honnêtement ». Pour les jeunes du projet Cannapix, ces espaces offraient l'occasion d'une réflexion sur des sujets rarement ou jamais abordés auparavant du fait de leur nature stigmatisante, permettant une prise de conscience quant à leur consommation de cannabis en lien avec leur sexualité, leur identité de genre et leur santé mentale.

Enfin, la confiance dans le processus du photovoix repose également sur la capacité des équipes de recherche à soutenir les personnes participantes tout au long du processus et à encourager un sentiment d'efficacité personnelle. Dans le projet Confinés, ensemble!, par exemple, un des défis résidait dans l'utilisation des technologies numériques pour les personnes âgées ainsi que leur accessibilité (Ferlatte, Karmann, et al., 2022). L'équipe offrait de ce fait un suivi continu aux participantes et participants et

aux organismes communautaires relayant le projet auprès des communautés pour s'assurer que de tels enjeux n'aggravaient pas l'anxiété de ces personnes.

Le photovoix, vers une meilleure connaissance de soi

Participer à un projet photovoix peut favoriser une meilleure connaissance de soi et de sa santé mentale. Prendre un cliché dans ce contexte représente parfois un défi et peut être intimidant pour les personnes. C'est pourquoi un projet photovoix se doit d'inclure des directives écrites précises, qui serviront de guide tout au long du processus de création photographique. Dans le cas de Confinés, ensemble!, il était demandé aux personnes âgées de documenter en images les impacts des mesures sanitaires sur leur quotidien et leur bien-être, ainsi que les stratégies de résilience qu'elles avaient pu mettre en place pour faire face à la pandémie. Concernant Cannapix, les jeunes étaient chargés d'illustrer la relation entre leur consommation de cannabis, leurs identités LGBTQ+ et leur santé mentale. Dans les deux cas, les participants et participantes étaient invités à penser en termes de métaphores visuelles, tout en soulignant qu'il n'y avait pas de « bonne » ou de « mauvaise » photo.

La construction – ou le choix – de l'image engage un va-et-vient entre l'exercice et soi-même, entamant un dialogue intime. Les personnes rapportaient qu'en s'interrogeant – directement ou au travers de leurs photos – elles s'étaient redécouvertes, ou du moins elles avaient pris conscience d'une part encore insoupçonnée d'elles-mêmes, laquelle les aidait à mieux se comprendre et améliorer leur santé mentale. Habitudes, émotions, moments de vie oubliés, importance d'une personne ou d'un lieu pour sa santé mentale, comme l'a souligné Roland Barthes (1982), la prise de photos est avant tout biographique et, en tant que telle, force à faire le point. En ce sens, elle est une expérience thérapeutique qui invite la personne à plonger à l'intérieur d'elle-même pour mieux se connaître, se comprendre et s'accepter (Gibson, 2018; Weiser, 2018).

Toute perception du présent encapsule également une composante passée (Merleau-Ponty, 1976). Ainsi, bien qu'image de l'instant, la photographie invite le participant ou la participante à revisiter son passé, parfois ses traumatismes, mais aussi les composantes de sa résilience et de son bien-être. Se reconnecter à soi-même ou aux êtres que l'on avait perdus de vue, faire un deuil ou encore se relire et donner sens à son passé apparaissent comme des processus inhérents à la prise de photos, contribuant au bien-être. Pour les jeunes, la photographie permettait de revenir sur les éléments clés de leur construction identitaire et de mieux comprendre leur orientation sexuelle ainsi que leur identité de genre, mais aussi de réfléchir sur les évolutions de celles-ci, au travers des liens entre enjeux identitaires et santé mentale. Par exemple, à travers sa photographie d'une projection floue et presque indistinguishable du drapeau LGBTQ+ sur le mur de sa chambre, Alex avait réalisé comment son autisme et son anxiété l'avaient conduit à réprimer sa bisexualité, rendant difficile son sentiment d'appartenance à la communauté LGBTQ+ (Figure 4). Une autre participante au projet Cannapix avait envoyé une photo

Figure 4

Désœuvrement technicolor



de ses mains attachées par une corde et tenant du cannabis. À travers cette image, elle revisitait le début du confinement alors même qu'elle vivait une relation de violence conjugale qui la poussait à abuser du cannabis. Elle racontait qu'en participant au projet, elle avait réussi à établir un lien entre cette étape de sa vie et l'augmentation de sa consommation de cannabis.

Enfin, la photographie interpellait aussi largement quant au futur. Dans le cas de Confinés, ensemble!, l'expérience du temps, devenu long et court à la fois durant la pandémie due au confinement, y était pour beaucoup. Quel cap les personnes participantes choisiraient-elles de maintenir pour le temps, un temps si précieux, qui leur serait encore donné de vivre? Au-delà, qui voulaient-elles être dans ce futur ô combien incertain? L'urgence de vivre interrogeait aussi des priorités, souvent à redéfinir, des attitudes vis-à-vis de soi à infléchir, une identité, parfois à réorienter. Ainsi Lise, avec sa photo d'un pouce en avant intitulée « Priorité à moi GOGOGO » (Figure 5), avait-elle décidé de ne plus être qu'une grand-mère, mais de dédier plus de temps à des activités personnelles au sein desquelles elle trouvait force et accomplissement, comme celle de l'écriture. Sabrina, qui posait avec un arbre géant, avait pour sa part pris le parti d'être plus en lien avec les autres et d'explorer davantage des espaces hors de sa zone de confort. Avec les clichés, les personnes participantes ont pu se regarder de l'extérieur pour cheminer à l'intérieur.

Le photovoix, un outil de résilience

Par la dimension de recherche-action qu'il intègre, le photovoix permet d'engager les participantes et participants dans un processus susceptible de favoriser leur résilience. La recherche de Confinés, ensemble! est née dans un contexte d'isolement imposé par les mesures sanitaires qui touchaient en particulier les personnes âgées, ciblées par des mesures spécifiques. Ces dernières étant une population déjà susceptible de solitude

Figure 5*Priorité à moi, GOGOGO*

avant la pandémie, il était donc à craindre que des mesures les ciblant spécifiquement comme le confinement obligatoire en résidences publiques ou privées (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2022) n'accentuent encore ce risque. Aussi, l'un des objectifs de la recherche était de rompre cet isolement via des groupes de discussion se déroulant sur plusieurs semaines. Ainsi, en plus de documenter la résilience, la recherche, en rétablissant un lien social, devenait elle-même source de résilience. Les personnes participantes rapportaient avoir trouvé du réconfort dans ce partage par la prise de conscience de ne pas être seules dans ce qu'elles vivaient.

En plus de créer un sentiment d'appartenance au fil des semaines, les participantes et participants rapportaient également apprécier l'expérience de la recherche en ce qu'elle recréait un point de repère dans un quotidien, souvent déstructuré par l'arrêt des activités. La gestion du temps apparaissait en effet comme une des principales difficultés à surmonter pour restaurer un bien-être (Karmann et al., 2023). Dans ce contexte, retrouver une activité hebdomadaire, qui plus est sociale, permettait aux personnes participantes de ne plus subir le temps, devenu souvent trop long.

Les rencontres étaient aussi une occasion de partager des informations et des astuces de résilience pour combattre l'ennui et prendre soin de leur santé mentale. Les jeunes participant au projet Cannapix ont pour leur part pu se saisir du projet de recherche pour réfléchir à des stratégies de réduction des méfaits liées à la consommation

de cannabis et ainsi renforcer leur résilience dans un contexte pandémique accentuant les difficultés d'accès aux services de santé mentale.

Le photovoix peut aussi représenter un objet de résilience en ce qu'il offre aux personnes participantes l'occasion de prendre part à des combats structurants pour leur bien-être et de développer par là leur autonomie. Le projet Confinés, ensemble! a engagé les personnes âgées dans une recherche visant à promouvoir leur dignité pendant la première vague pandémique. Dans un contexte où il était constamment question des personnes âgées, mais auxquelles nul ne donnait la voix, beaucoup de participantes et participants mettaient de l'avant leur gratitude, liée au fait d'avoir pu s'exprimer, en leur nom, et en celui d'autres, à la manière de porte-parole. De cette implication découlait le sentiment de se sentir utile, de retrouver du contrôle et du sens dans un contexte qui bien souvent venait à en manquer. Les jeunes du projet Cannapix avaient de leur côté pris à cœur l'objectif de déstigmatisation de la consommation de cannabis. Ces personnes soulignaient les multiples couches de stigmatisation auxquelles elles étaient confrontées, en particulier en tant que jeunes LGBTQ+ vivant avec des enjeux de santé mentale et consommant du cannabis, dans un contexte où l'abstinence est souvent promue comme la seule option acceptable par les services de santé. Le photovoix leur avait offert une opportunité de déconstruire ces préjugés et de prendre une part active dans le combat pour l'obtention de meilleurs soins. En confrontant activement les préjugés et en revendiquant une meilleure reconnaissance de leurs besoins, les jeunes ont renforcé leur confiance en eux, développant par la même occasion une plus grande capacité à surmonter les effets négatifs de cette stigmatisation sur leur santé mentale. L'approche photovoix a ainsi renforcé le sentiment de résilience et d'autonomie des jeunes, tout en ouvrant la voie à des soins plus adaptés et empathiques.

Le photovoix, un outil politique

Parce qu'il mobilise le potentiel évocateur des images, le photovoix est un outil profondément politique. Le photovoix a en effet été imaginé par ses créatrices dans le but d'apporter des changements sociaux (Wang & Burris, 1997). La photographie est un médium de communication particulièrement influent dans notre société où une photo vaut plus que jamais mille mots. En privilégiant un médium visuel à l'écriture, le photovoix réinterroge les frontières entre art et science, entre science et science citoyenne, entre science et militantisme. Les photographies, en tant que médium visuel universel, réduisent les barrières d'accès à la connaissance et permettent une diffusion plus large des perspectives des personnes participantes. Ainsi, les projets de recherche qui mobilisent le photovoix intègrent dans leur devis un volet de diffusion des connaissances qui prend souvent la forme d'une exposition. Cette étape de diffusion des connaissances vise à informer et à attirer l'attention du grand public, des personnes décideuses et professionnelles concernées sur un enjeu sociétal, à ouvrir un dialogue et à déconstruire des stéréotypes souvent ancrés (Ferlatte & Oliffe, 2019).

L'exposition virtuelle organisée dans le contexte de Confinés, ensemble! avait autant pour but de dénoncer l'âgisme, renforcé durant la pandémie par la santé publique à travers des messages et des mesures visant exclusivement les personnes âgées (p. ex., « prenons soin de nos âgées et âgés », « les personnes de plus de 70 ans doivent rester chez elles »), que de témoigner de la résilience de ces dernières. Cannapix visait pour sa part à déstigmatiser la consommation de cannabis et à engager un plaidoyer en faveur de services adaptés pour les jeunes LGBTQ+. Dans le cas de Confinés, ensemble!, la situation sanitaire restreignant fortement les interactions, l'exposition s'est tenue en ligne. Le projet Cannapix a pour sa part donné lieu à une exposition de 10 jours, où plus de 300 personnes ont défilé. Plus qu'un lieu d'exposition, la galerie était devenue un lieu d'échanges et de réflexions sur la santé mentale et la consommation de substance. Les personnes intervenantes et décideuses venues voir les œuvres des personnes participantes ont souvent parlé d'une amélioration de leurs connaissances sur le sujet et d'une plus grande empathie pour les jeunes LGBTQ+, ouvrant la voie à une approche plus nuancée et inclusive dans leur pratique professionnelle. Ces expositions ont permis à ces projets d'avoir un impact plus large, non seulement auprès des personnes professionnelles et décideuses, mais aussi des familles et camarades. En amplifiant des voix rarement écoutées, ces projets ont favorisé le rapprochement de différents groupes sociaux ayant des perspectives variées. Les photographies de Cannapix ont aussi été partagées en ligne (<https://qollab.ca/expo-cannapix/>) et publiées dans un recueil de photos. Les recherches Confinés ensemble! et Cannapix ont par ailleurs fait l'objet de plusieurs articles de presse, amplifiant d'autant leur visibilité et leur portée.

Par sa nature participative, le photovoix engage aussi les personnes à jouer un rôle clé dans la diffusion des connaissances. Dans un contexte où les jeunes sont souvent dépendants des réseaux sociaux pour véhiculer des messages, le projet Cannapix offrait aux jeunes LGBTQ+ une opportunité de partager directement leurs images et de les utiliser comme outil d'expression et de militantisme. En publiant ces photos sur leurs propres plateformes, ces jeunes ont rejoint et sensibilisé directement leur entourage et donné à leur perspective une portée plus large. Leur expérience de recherche était donc perçue comme un acte de militantisme concret. De plus, plusieurs personnes participantes ont exprimé aux équipes de recherche leur fierté d'avoir pris part à cette expérience, renforçant l'expérience positive de leur participation et de leur sentiment d'autonomie.

Finalement, la photographie, en tant qu'outil de diffusion des connaissances, permet non seulement la diffusion d'un message auprès d'un public plus large que celui des scientifiques, mais aussi en un temps plus court que celui d'un article scientifique traditionnel dont l'écriture nécessite souvent plusieurs mois. Ainsi, les photographies, par leur accessibilité universelle et leur instantanéité, apparaissent comme davantage alignées avec le temps social que le sont les articles scientifiques. Cette remarque est

particulièrement pertinente dans des contextes d'urgence – tel que celui de la pandémie – où les résultats doivent pouvoir être diffusés – et opérationnalisés – rapidement.

Discussion

S'appuyant sur des réflexions issues de deux projets de recherche menés au Québec – *Confinés ensemble!* et *Cannapix* –, cet article met en lumière les affordances scientifiques et sociales de l'approche du photovoix lorsqu'elle est employée en contexte de santé mentale. Il montre que les apports scientifiques du photovoix se situent dans sa capacité à produire une connaissance contextualisée, humanisée et affective. Le photovoix est aussi un outil social en ce qu'il soutient l'émergence de *safe spaces* où les personnes participantes peuvent s'exprimer librement, leur offre une opportunité de mieux se connaître de manière générale et en particulier d'un point de vue de santé mentale, et renforce leur résilience. La large portée et les possibilités de diffusion des connaissances qu'offre le photovoix en font également un outil politique capable de stimuler des débats autour de sujets invisibilisés. Si l'intérêt du photovoix pour sa portée politique, de résilience, ou sa capacité à susciter l'introspection est déjà souligné au travers de la littérature (Macdonald, Peacock, et al., 2022; Tremblay et al., 2018), d'autres affordances intéressantes sont mises en évidence ici, tout particulièrement dans des contextes de santé mentale : la connaissance contextualisée, humanisée, affective ainsi que l'émergence de *safe spaces*.

La diffusion des photographies des personnes participantes pose par ailleurs certains défis éthiques. L'un d'entre eux concerne le caractère humanisé de la connaissance produite. Reposant sur l'idée que les participantes et participants d'un photovoix détiennent le contrôle sur la façon dont leurs histoires sont d'abord photographiées et ensuite racontées, certaines critiques avancent que demander à ces personnes de prendre des photos d'objets ou de lieux potentiellement intimes peut s'avérer plus intrusif que d'en discuter lors d'entretiens (Creighton et al., 2018; Wang & Redwood-Jones, 2001). Le photovoix traditionnellement mené avec des communautés marginalisées risque ainsi de générer un effet voyeuriste en exposant les vulnérabilités des personnes participantes. Par ailleurs, si l'une des forces du photovoix réside dans sa capacité à produire des connaissances affectives, cette même force, qui s'appuie sur l'émotion, peut également conduire à un certain sensationnalisme lors du choix et de la diffusion des photographies. Le sensationnalisme, en privilégiant le choc visuel au détriment d'une représentation éthique et nuancée, risque de déformer la vérité et de dramatiser l'enjeu représenté. En ce sens, le voyeurisme et le sensationnalisme sont problématiques, car ils peuvent renforcer la stigmatisation des communautés que la méthode dit pourtant vouloir autonomiser. Ces dimensions éthiques font appel non seulement aux enjeux de droits d'auteurs – les photographies demeurent habituellement la propriété des participantes et participants qui autorisent leur diffusion –, mais également au contenu des photos : qu'est-ce qui est montrable? Les personnes

participantes peuvent-elles être reconnues? Si oui, sous quelles conditions? L'imprégnation de la diffusion des photographies dans le temps amène d'autant plus à se réinterroger sur l'impact des recherches photovoix sur la vie des personnes participantes, car une fois en ligne, une image est en effet indélébile (Creighton et al., 2018). Dans le cas de Cannapix, l'enjeu est particulièrement sensible en raison de la stigmatisation associée à la consommation de cannabis, une substance dont la possession reste illégale dans de nombreuses régions du monde, y compris au Québec, pour les moins de 21 ans (Gouvernement du Québec, 2024). La diffusion des photographies peut en ce sens exacerber la stigmatisation et entraîner des conséquences juridiques ou sociales néfastes. Entre liberté d'expression et limitation d'effets non recherchés, autonomisation et paternalisme, le curseur d'ajustement est parfois délicat à trouver pour la chercheuse ou le chercheur. Une personne participante au projet Cannapix avait fait parvenir une photo de son visage pour représenter son acceptation de soi et cette, photo a dû être floutée pour garantir son anonymat. Cet exemple illustre parfaitement les tensions pouvant exister lorsque le désir d'une personne participante de s'identifier aux photographies se confronte à la volonté des chercheuses et chercheurs de privilégier l'anonymat afin de minimiser les risques.

Ce qui précède montre l'importance de la posture qu'adopte la personne chercheuse dans le processus du photovoix. Cette personne devrait à ce titre être reconnue comme participante à part entière et sa participation faire l'objet de travaux théoriques. Par ailleurs, parce que le photovoix est une expérience de vie de même qu'une expérience de recherche, l'approche va, comme il a été vu plus haut à travers l'exemple de la résilience, faire évoluer la personne participante au fur et à mesure de la recherche. Plus que de documenter des trajectoires de santé mentale préexistantes, l'approche va de ce fait créer de nouvelles trajectoires, nées de la rencontre de la personne participante avec le photovoix. En cela, le photovoix doit être rapproché d'une approche « performative » qui « fait » plus qu'elle n'« est » (Coleman & Ringrose, 2013). La considération de la nature « performative » du photovoix renforce encore l'importance de la personne chercheuse dans l'approche, laquelle coconstruit un nouveau savoir avec les communautés. Suivant le continuum de participation sur lequel se situe chaque projet photovoix, la place de cette dernière sera plus ou moins centrale. D'un rôle exclusif de coordonnatrice ou coordinateur, la personne chercheuse pourra tout aussi bien devenir le pivot de chaque phase, de l'élaboration du protocole à la diffusion des résultats. Dès lors, la position des personnes chercheuses devrait être abordée non plus sous un angle uniquement épistémologique mais ontoépistémologique, ces dernières affectant l'objet d'étude qu'elles contribuent à « faire » (Barad, 2003; Coffey, 2023). Le *photobook* de Cannapix – livre rassemblant les photos des participantes et participants – est un exemple du rôle ontoépistémologique des personnes chercheuses. En choisissant les photos qui y seraient diffusées, l'équipe de recherche a assemblé, photo après photo, les pièces d'une nouvelle histoire. Bien que s'appuyant sur

les images des participantes et participants, les personnes chercheuses, par leur création, sont devenues à leur tour des coconstructrices des données générées par la recherche. Pour limiter tout risque d'interpréter ou de créer une narration qui pourrait involontairement renforcer la stigmatisation de populations déjà marginalisées, le processus de création de ce *photobook* a été long et itératif, impliquant la participation de personnes chercheuses issues des communautés LGBTQ+ ainsi que celle de personnes paires-chercheuses.

Finalement, bien que le photovoix se présente comme un outil scientifique et social, son évaluation dans l'un et l'autre domaine a été jusqu'ici limitée. Est-il réellement capable d'enrichir les données, de favoriser l'autonomisation, ou encore d'amener des changements sociaux vis-à-vis de la santé mentale? Quelles cibles (personnes participantes, décideuses, chercheuses, grand public, partenaires communautaires) et quels indicateurs considérer pour mener une telle évaluation? Quelle période de temps retenir? En outre, passé le temps de la stricte recherche, quel est l'effet d'un photovoix à moyen, long terme sur la vie d'une personne participante? Une démarche évaluative pourrait ainsi permettre de mieux comprendre la portée réelle de l'approche et de la bonifier.

Conclusion

Cet article contribue à la nécessité d'approfondir la compréhension de l'utilisation du photovoix en contexte de santé mentale dans le milieu francophone. Il met en évidence les affordances de l'approche d'un point de vue scientifique et social lorsqu'utilisée à des fins de promotion de la santé mentale. L'expérience vécue avec les deux projets révèle que les affordances scientifiques du photovoix s'articulent autour de sa capacité à produire une connaissance contextualisée, humanisée et affective, tandis que les affordances sociales consistent en une production de *safe spaces*, une meilleure connaissance de sa santé mentale, une résilience et un changement sociétal. En saisissant – et assumant – toutes les opportunités offertes par le photovoix, les personnes chercheuses ont la possibilité de défier le statu quo en établissant des pratiques de recherche coconstruites plus inclusives et de façonner une meilleure compréhension de la société sur la santé mentale de même que promouvoir la justice sociale.

Note

¹ Les photographies qui illustrent cet article ont été réalisées par les participants, qui ont donné leur accord pour leur publication.

Références

- Barad, K. (2003). Posthumanist performativity: Toward an understanding of how matter comes to matter. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 28(3), 801-831. <https://doi.org/10.1086/345321>
- Barthes, R. (1982). *Camera Lucida: Reflections on photography*. Hill and Wang.
- Bossler, A. M. (2015). *Exploring the process and potential of photovoice with culturally and linguistically diverse adults with intellectual/developmental disabilities* [Thèse de doctorat inédite]. Université d'Hawaï à Manoa. <https://www.proquest.com/openview/2d5a2b71a5280577112b3865f2331b7d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breny, J. M., & McMorrow, S. L. (2022). Research engagement in a virtual world: Strategies for maintaining the power and impact of photovoice research online. *Health Promotion Practice*, 23(2), 235-240. <https://doi.org/10.1177/15248399211065713>
- Brown, N. (2022). Scope and continuum of participatory research. *International Journal of Research & Method in Education*, 45(2), 200-211. <https://doi.org/10.1080/1743727X.2021.1902980>
- Cappello, M. (2005). Photo interviews: Eliciting data through conversations with children. *Field Methods*, 17(2), 170-182. <https://doi.org/10.1177/1525822X05274553>
- Catalani, C., & Minkler, M. (2010). Photovoice: A review of the literature in health and public health. *Health Education & Behavior*, 37(3), 424-451. <https://doi.org/10.1177/1090198109342084>
- Coffey, J. (2023). Images as “potentials”: Feminist new materialist orientations to photovoice. *Qualitative Research*, 23(4), 847-865. <https://doi.org/10.1177/14687941211049334>
- Coleman, R., & Ringrose, J. (2013). *Deleuze and research methodologies*. Edinburgh University Press. <https://www.jstor.org/stable/10.3366/j.ctt1g0b6xx>
- Creighton, G., Oliffe, J. L., Ferlatte, O., Botorff, J., Broom, A., & Jenkins, E. K. (2018). Photovoice ethics: Critical reflections from men's mental health research. *Qualitative Health Research*, 28(3), 446-455. <https://doi.org/10.1177/1049732317729137>
- Eisner, E. (2008). Art and knowledge. Dans J. G. Knowles, & A. L. Cole (Éds), *Handbook of the arts in qualitative research: Perspectives, methodologies, examples, and issues* (pp. 3-12). Sage Publications.

- Evans, S. K., Pearce, K. E., Vitak, J., & Treem, J. W. (2017). Explicating affordances: A conceptual framework for understanding affordances in communication research. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 22(1), 35-52. <https://doi.org/10.1111/jcc4.12180>
- Ferlatte, O., Handlovsky, I., Ridge, D., Chanady, T., Knight, R., & Oliffe, J. L. (2022). Understanding stigma and suicidality among gay men living with HIV: A photovoice project. *SSM-Qualitative Research in Health*, 2. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100112>
- Ferlatte, O., Karmann, J., Gariépy, G., Frohlich, K. L., Moullec, G., Lemieux, V., & Hébert, R. (2022). Virtual photovoice with older adults: Methodological reflections during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Qualitative Methods*, 21. <https://doi.org/10.1177/16094069221095656>
- Ferlatte, O., & Oliffe, J. (2019). Lobbying suicide prevention policy for gay and bisexual men: An intersectionality-informed photovoice project. Dans O. Hankivsky, & J. S. Jordan-Zachery (Éds), *The Palgrave handbook of intersectionality in public policy* (pp. 263-284). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-319-98473-5_11
- Ferlatte, O., Oliffe, J. L., Salway, T., Broom, A., Bungay, V., & Rice, S. (2019). Using photovoice to understand suicidality among gay, bisexual, and two-spirit men. *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1529-1541. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1433-6>
- First, J. M., Cheak-Zamora, N. C., Teti, M., Maurer-Batjer, A., & First, N. L. (2019). Youth perceptions of stress and coping when transitioning to adulthood with autism: A photovoice study. *Qualitative Social Work*, 18(4), 601-620. <https://doi.org/10.1177/1473325018757078>
- Foster, K. A., Davis, B., & Foell, A. (2023). Innovations to photovoice: Using smartphones & social media. *Urban Affairs Review*, 59(5), 1728-1744. <https://doi.org/10.1177/10780874221100263>
- Freire, P. (2000). *Pedagogy of the oppressed*. Bloomsbury Academic.
- Gibson, J. J. (2014). *The ecological approach to visual perception: Classic edition*. Psychology Press.
- Gibson, N. (2018). *Therapeutic photography: Enhancing self-esteem, self-efficacy and resilience*. Jessica Kingsley Publishers.
- Goodyear, T., Ferlatte, O., Fast, D., Salway, T., Jenkins, E., Robinson, S., & Knight, R. (2023). Using photovoice to understand experiences of opioid use among sexual and gender minority youth in Vancouver, Canada. *Culture, Health & Sexuality*, 25(5), 599-616. <https://doi.org/10.1080/13691058.2022.2079153>

- Gouvernement du Québec. (2024). *Loi encadrant le cannabis*. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaître-les-drogues-et-leurs-effets/cannabis/encadrement-cannabis-quebec/loi-encadrant-cannabis>
- Han, C. S., & Oliffe, J. L. (2016). Photovoice in mental illness research: A review and recommendations. *Health, 20*(2), 110-126. <https://doi.org/10.1177/1363459314567790>
- Harper, D. (2002). Talking about pictures: A case for photo elicitation. *Visual studies, 17*(1), 13-26. <https://doi.org/10.1080/14725860220137345>
- Ingold, T. (1989). The social and environmental relations of human beings and other animals. Dans V. Standen, & R. Foley (Éds), *Comparative socioecology: The behavioural ecology of humans and other mammals* (pp. 495-512). Blackwell Scientific Publications.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2022). *Ligne du temps COVID-19 au Québec*. Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>
- Karmann, J., Handlovsky, I., Lu, S., Moullec, G., Frohlich, K. L., & Ferlatte, O. (2023). Resilience among older adults during the COVID-19 pandemic: A photovoice study. *SSM-Qualitative Research in Health, 3*, 100256. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2023.100256>
- Karmann, J., Handlovsky, I., Moullec, G., Frohlich, K. L., Hébert, R., & Ferlatte, O. (2024). Understanding the experiences of COVID-19 public health measures and well-being: A qualitative study among older adults in Quebec, Canada. *Qualitative Health Research, 34*(10). <https://doi.org/10.1177/10497323241232928>
- Liebenberg, L. (2022). Photovoice and being intentional about empowerment. *Health Promotion Practice, 23*(2), 267-273. <https://doi.org/10.1177/15248399211062902>
- Macdonald, D., Dew, A., & Boydell, K. (2022). Self-portraits for social change: Audience response to a photovoice exhibition by women with disability. *The Qualitative Report, 27*(4), 1011-1039. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2022.5154>
- Macdonald, D., Peacock, K., Dew, A., Fisher, K. R., & Boydell, K. M. (2022). Photovoice as a platform for empowerment of women with disability. *SSM-Qualitative Research in Health, 2*. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100052>
- Merleau-Ponty, M. (1976). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.

- Oliffe, J. L., Gao, N., Kelly, M. T., Fernandez, C. C., Salavati, H., Sha, M., Seidler, Z. E., & Rice, S. M. (2023). The case for and against doing virtual photovoice. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069231190564>
- Ortiz-Paredes, D., Chanady, T., Wassef, K., Knight, R., & Ferlatte, O. (2024). "I created my own access:" Understanding mental healthcare access experiences among LGBTQ+ youth who use cannabis in Canada. *Culture, Health & Sexuality*, 26(11), 1475-1794. <https://doi.org/10.1080/13691058.2024.2340090>
- Osiurak, F., Rossetti, Y., & Badets, A. (2017). What is an affordance? 40 years later. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 77, 403-417. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.04.014>
- Park, C. L., Kubzansky, L. D., Chafouleas, S. M., Davidson, R. J., Keltner, D., Parsafar, P., Conwell, Y., Martin, M. Y., Hanmer, J., & Wang, K. H. (2023). Emotional well-being: What it is and why it matters. *Affective Science*, 4(1), 10-20. <https://doi.org/10.1007/s42761-022-00163-0>
- Peters, S. (2010). Qualitative research methods in mental health. *BMJ Mental Health*, 13(2), 35-40. <https://doi.org/10.1136/bmh.13.2.35>
- Stephens, M., Keiller, E., Conneely, M., Heritage, P., Steffen, M., & Bird, V. J. (2023). A systematic scoping review of Photovoice within mental health research involving adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 28(1). <https://doi.org/10.1080/02673843.2023.2244043>
- Tanhan, A., & Strack, R. W. (2020). Online photovoice to explore and advocate for Muslim biopsychosocial spiritual wellbeing and issues: Ecological systems theory and ally development. *Current Psychology*, 39(6), 2010-2025. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00692-6>
- Tremblay, M., Baydala, L., Littlechild, R., Chiu, E., & Janzen, T. (2018). Promoting the strengths and resilience of an Indigenous community through photovoice. *Paediatrics & Child Health*, 23(4), 247-254. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx178>
- Vélez-Grau, C. (2019). Using photovoice to examine adolescents' experiences receiving mental health services in the United States. *Health Promotion International*, 34(5), 912-920. <https://doi.org/10.1093/heapro/day043>
- Wang, C. (1999). Photovoice: A participatory action research strategy applied to women's health. *Journal of Women's Health*, 8(2), 185-192. <https://doi.org/10.1089/jwh.1999.8.185>
- Wang, C., & Burris, M. A. (1997). Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education & Behavior*, 24(3), 369-387. <https://doi.org/10.1177/109019819702400309>

- Wang, C. C., & Redwood-Jones, Y. A. (2001). Photovoice ethics: Perspectives from Flint photovoice. *Health Education & Behavior*, 28(5), 560-572. <https://doi.org/10.1177/109019810102800504>
- Wang, C. C., Yi, W. K., Tao, Z. W., & Carovano, K. (1998). Photovoice as a participatory health promotion strategy. *Health Promotion International*, 13(1), 75-86. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.75>
- Weiser, J. (2018). *Phototherapy techniques: Exploring the secrets of personal snapshots and family albums*. Routledge.
- Woodgate, R. L., Tailor, K., Tennent, P., Gonzalez, M., & Bell, A. (2024). Coping among Canadian youth living with anxiety: A phenomenological photovoice study. *Journal of Humanistic Psychology*. <https://doi.org/10.1177/00221678241259110>

Julie Karmann est architecte paysagiste de formation et candidate au doctorat en santé publique. Elle s'intéresse à l'espace en tant que lieu de soin suivant une perspective de géographie humaniste. Sa passion pour l'art et les méthodes innovantes la mène à explorer des méthodologies hors des sentiers battus. Elle a été l'assistante de recherche principale du projet *Confinés, ensemble!*, assurant les étapes de recrutement, de collecte et d'analyse des données.

Kinda Wassef détient une maîtrise en santé publique de l'Université de Montréal. Passionnée par l'équité en santé, elle privilégie les approches artistiques et participatives pour répondre aux besoins des communautés 2S/LGBTQIA+, notamment en matière d'accès aux soins inclusifs et de santé mentale. Dans le cadre du projet *Cannapix*, Kinda a été paire-chercheuse contribuant à la collecte et à l'analyse de données ainsi qu'au transfert de connaissances vers les communautés concernées.

Maxi Gaudette est candidat au doctorat en santé publique (promotion de la santé) à l'Université de Montréal. Il s'intéresse aux enjeux 2S/LGBTQIA+, particulièrement ceux touchant à l'intersection de la sexualité et de la consommation de drogues. Sa recherche doctorale sur le consentement sexuel en contexte de chemsex/PnP mobilise des approches participatives et artistiques. Il a été assistant de recherche du projet *Confinés, ensemble!* dont il a animé les groupes de discussion.

Olivier Ferlatte est professeur associé à l'École de santé publique de l'Université de Montréal et chercheur régulier au Centre de recherche en santé publique. Ses travaux de recherche portent sur la santé mentale des personnes 2S/LGBTQIA+ et sont motivés par un intérêt particulier pour l'engagement communautaire. Olivier est le chercheur principal des projets *Cannapix* et *Confinés, ensemble!*

Pour joindre les personnes autrices :

Julie.karmann@umontreal.ca

kinda.wassef@umontreal.ca

maxim.gaudette@umontreal.ca

Olivier.ferlatte@umontreal.ca