

Cahiers de l'équipe METISS  
du Centre de recherche et de formation

# Cahiers METISS

Centre de santé et de services sociaux  
de la Montagne

Centre affilié universitaire

CENTRE  
DE RECHERCHE  
ET DE FORMATION



## La sociologie clinique: une façon de faire autrement de la recherche en CSSS

### Articles

Entrevue avec Robert Sévigny  
Entrevue: Spyridoula Xenocostas

L'expérience de recherche au CSSS de la Montagne : la perspective de la  
sociologie clinique  
Jacques Rhéaume

Vania Jimenez, médecin et chercheure d'or, libre  
Hélène Vadeboncoeur

### Note de terrain

Retour de mission: visite au Brésil pour disséminer de l'information sur les  
déterminants sociaux de la santé et les vulnérabilités sociales  
Roger Côté, Lise Renaud, Jacques Rhéaume et Margareth Zanchetta

### Notes de lecture

*Récits de vie et sociologie clinique* (Mercier, Lucie et Jacques Rhéaume (sous  
la direction de), (2007). Les presses de l'université Laval)

et

*La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques* (De Gaulejac,  
Vincent, Fabienne Hanique et Pierre Roche (2007). Éditions érès)

par Jean Marie Messe A. Besson

Volume 5, numéro 1  
Printemps 2010

**Directeur de la publication**

Jacques Rhéaume

**Comité de rédaction**

Andréanne Boisjoli  
Catherine Montgomery  
Spyridoula Xenocostas

**Graphisme et édition**

Andréanne Boisjoli

**Comité de publication**

Jeanne-Marie Alexandre  
Andréanne Boisjoli  
Catherine Montgomery  
Jacques Rhéaume  
Dr. Jean-François Saucier  
Spyridoula Xenocostas  
Marlene Yuen

**CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION**

CSSS DE LA MONTAGNE

1801, Boul de Maisonneuve Ouest, 6<sup>e</sup> étage

Montréal, Québec

H3H 1J9

514 934-0505, poste 7609

Binthou.Mathieu.DLM@ssss.gouv.qc.ca

ISSN (imprimé) 1718-3103

ISSN (en ligne) 1718-3111

Dépôt légal - Bibliothèque du Canada, 2010

Dépôt légal - Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2010

Version électronique disponible sur le site

<http://www.csssdelamontagne.qc.ca>

Tous droits réservés

© Centre de recherche et de formation, CSSS de la Montagne

## TABLE DES MATIÈRES

Volume 5, numéro 1  
Printemps 2010

### **La sociologie clinique: une façon de faire autrement de la recherche en CSSS**

#### PRÉSENTATION

- La sociologie clinique: une façon de faire autrement de la recherche en CSSS** 3  
Jacques Rhéaume

#### ARTICLES

- L'implantation du CRF au CLSC de Côte-des-Neiges. Une entrevue avec Robert Sévigny** 7  
Entrevue par Spyridoula Xenocostas
- L'expérience de recherche au CSSS de la Montagne. La perspective de la sociologie clinique** 19  
Jacques Rhéaume
- Vania Jimenez, médecin et chercheure d'or** 37  
Hélène Vadeboncoeur

#### NOTES DE TERRAIN

- Retour de mission: visite au Brésil pour disséminer de l'information sur les déterminants sociaux de la santé et les vulnérabilités sociales** 47  
Roger Côté, Lise Renaud, Jacques Rhéaume et Margareth Zanchetta

#### NOTES DE LECTURE

- 1. Récits de vie et sociologie clinique** 61  
Mercier, Lucie et Jacques Rhéaume (sous la direction de) (2007).  
Les presses de l'Université Laval
- 2. La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques** 67  
De Gaulejac, Vincent, Fabienne Hanique et Pierre Roche (2007).  
Éditions érès.

par Jean Marie Messe A. Bessong

- RÉSUMÉS** 71



## Présentation

### ***La sociologie clinique : une façon de faire autrement de la recherche en CSSS.***

Jacques Rhéaume, directeur scientifique du CSSS  
de la Montagne – centre affilié universitaire

Le présent numéro accorde une attention particulière au cadre sociohistorique du développement de la recherche au CSSS de la Montagne, centre affilié universitaire, rendant hommage ce faisant aux pionniers, plus spécifiquement à son premier directeur Robert Sévigny, qui fut le premier à assumer cette fonction, aux côtés de Vania Jimenez, médecin et chercheure au CLSC Côte-des-Neiges. Le présent dossier comporte une première partie davantage centrée sur l'histoire de ce développement en se référant aux réflexions de Robert Sévigny et de l'actuel directeur Jacques Rhéaume. Une seconde partie fait état de recherches types pouvant illustrer une pratique inspirée d'une approche de sociologie clinique, telle que caractérisée en première partie, dans le champ social médical, avec un portrait de la chercheure et clinicienne, à l'origine elle aussi de la recherche au CSSS, Vania Jimenez, et une recherche exploratoire, avec une équipe dirigée par une chercheure du CRF, Margareth Zanchetta, sur les services de santé de première ligne au Brésil. Une note de lecture par Jean Marie Messé sur deux ouvrages récents portant sur la notion de sociologie clinique complète le dossier thématique.

D'entrée de jeu, une entrevue avec Robert Sévigny, directeur du Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges, de 1993 à 1999, établit les éléments centraux de ce qu'il conviendra d'appeler ensuite une recherche en sociologie clinique. Comme le dit Robert Sévigny, ces termes n'ont pas été utilisés durant cette période, mais la pratique qu'ils suggèrent s'est progressivement établie. Cette pratique de recherche se fait autour de trois dimensions : un partenariat entre des chercheurs universitaires et des praticiens de l'intervention de première

ligne en santé et services sociaux, ce qui implique une collaboration entre deux types d'institutions, l'Université et, à l'époque, le CLSC, ce qui prend forme dans le statut établi de Centre affilié universitaire en 1998; une interaction forte entre la recherche et la pratique, de proximité, où sont confrontées logique scientifique et logique d'action, production de connaissance et utilité de cette connaissance pour l'intervention; enfin, un créneau de recherche, l'intervention en contexte pluriethnique, caractéristique majeure de la population desservie par le CLSC Côte-des-Neiges. L'insistance est mise cependant sur la complexité d'implantation d'une telle démarche et sur l'ouverture particulière qu'elle impliquait à double titre, tant en ce qui concerne la forme de recherche souhaitée que par rapport au thème abordé. Une posture de «sociologie clinique» suppose une grande souplesse épistémologique et méthodologique, que nous pourrions qualifier d'inclusive (multidisciplinaire, multi méthode), avec cette condition de base de se situer dans l'interaction entre chercheurs et praticiens, chercheurs et population participante. De même, la façon d'aborder la diversité culturelle est de pouvoir se situer à égale distance entre des préoccupations plus «culturalistes», plus «sociales» et plus «interculturelles», en prenant comme premier critère la pertinence et l'adéquation de l'intervention auprès des gens.

Le texte de Jacques Rhéaume dresse d'abord un tableau de l'évolution thématique de la recherche au Centre de recherche et de formation, de 1993 à aujourd'hui, 2010, en situant au passage les acteurs et les instances qui ont pu rendre possible cette évolution. Le partenariat université et CLSC, puis CSSS, le soutien gouvernemental par le biais de la création du créneau de recherche en équipe de partenariat puis de Centre affilié universitaire dans les années 90 et la production de projets de recherche participative entre chercheurs et praticiens sont les ingrédients majeurs de ce développement. L'auteur définit ensuite les principales caractéristiques de ce qui constituerait le projet en sociologie clinique : un travail d'engagements réciproques, chercheurs, gestionnaires, praticiens, population, autour d'une offre et d'une demande de production de connaissances; un dispositif réaliste de communication et d'échange de savoirs dans la production de connaissances diverses, mettant progressivement en place une nouvelle orientation d'échange de savoirs; un travail fondateur d'une épistémologie pluraliste; une éthique de participation et d'innovation; des résultats partagés. Ce projet est de production lente et demeure respectueux de la complexité des logiques mises en cause.

Le prochain texte, celui d'Hélène Vadeboncoeur, dresse le portrait, suite à des entrevues avec l'intéressée et une étude de documents de recherche, de Vania Jimenez, elle-même pionnière de recherche au CRF du CLSC Côte-des-Neiges, coporteuse, avec Robert Sévigny, de la première demande d'équipe, en 1993. Ce texte permet de bien voir l'articulation serrée de la pratique clinique et de la recherche, débouchant sur un renouvellement innovateur de la pratique. À partir des recherches sur les enfants témoins de violence conjugale aux préoccupations de bien cerner les représentations des services de santé par les patients d'origine ethnoculturelle diverse et à celles, très cliniques, de mieux adapter les interventions autour de l'accouchement et de la périnatalité, le lecteur peut constater le va-et-vient entre recherche et pratique. Et cette recherche plonge aussi dans des questionnements plus radicaux sur les limites du savoir biomédical occidental en comparaison avec les savoirs et le savoir-faire provenant d'autres cultures. L'intégration de ces recherches et de l'expérience d'intervention en médecine familiale culmine dans ce projet innovateur, la «Maison Bleue», centre

communautaire de services médicaux et sociaux, de proximité, pour une population de grande diversité culturelle et offrant des profils contrastés d'insertion sociale. Ce travail innovateur est l'aboutissement d'une longue démarche, de plusieurs expériences de recherche et d'expérience pratique : clinique médicale et clinique du social sont ici étroitement reliées.

L'étude réalisée par l'équipe de Margareth Zanchetta au Brésil illustre bien aussi ce souci d'interventions en santé et services sociaux de proximité, et aborde une question plus structurelle de la mise en œuvre d'une approche populationnelle dans un système de santé. Par ailleurs, le thème traité comme l'approche choisie respectent bien l'esprit de la sociologie clinique telle que définie dans les premiers textes de ce dossier. En effet, l'étude elle-même s'est faite par un dialogue soutenu entre les chercheurs (Margareth Zanchetta, Jacques Rhéaume, Roger Côté et Lise Renaud), des étudiants, les responsables et gestionnaires d'Unités familiales de santé au Brésil et les agents communautaires de santé. La thématique abordée est bien celle d'impliquer de près la population dans l'usage des services de santé et cela, pour toute une ville, toute une région, tout un pays. Par ailleurs, la perspective comparative Québec et Brésil, touchant les stratégies d'une approche populationnelle de proximité font voir les fortes ressemblances dans la formulation d'une politique de soins intégrés et unifiés en santé, mais aussi des lacunes dans leurs applications respectives : l'ampleur de la mobilisation nationale et locale constatée au Brésil manque au Québec, mais la perspective intégrée des services sociaux et de l'action communautaire, présente au Québec, manque au Brésil. Cette perspective d'un éclairage comparatif et international ouvre la voie à une nouvelle façon de concevoir les rapports entre les gens d'ici et les gens de là-bas, d'apprendre de l'autre pour développer de nouvelles pratiques ou innover.

Enfin, la note de lecture de deux ouvrages collectifs en sociologie clinique, *Récits de vie et sociologie clinique*, produit au Québec, et *La sociologie clinique*, produit en France montre toute la richesse et la complexité aussi d'une telle approche, cette «nébuleuse» d'idées et de pratiques dont parle Robert Sévigny dans le texte d'introduction du premier ouvrage. Mentionnons simplement ici les thèmes soulevés : le rapport individu et société, la question du sujet et de l'historicité, le questionnement des disciplines, la place importante de la méthodologie des récits de vie ou autobiographiques dans cette approche, la question de l'implication du chercheur, voire son contre-transfert en recherche...

Nul doute, à la lecture de ces textes, que le lecteur se retrouve en présence d'un « idéal type », au sens wébérien du terme, de la recherche en lien étroit avec la pratique sociale d'intervention. La sociologie clinique demeure une appellation qu'il faut interroger, mais qui signifie, pour l'essentiel, cette façon de faire de la recherche scientifique par une « clinique du social », par une présence soutenue et une collaboration entre chercheurs, gestionnaires, praticiens et membres de la population. Produire de la connaissance utile pour l'intervention, mais «questionnante» et source d'innovation aussi; produire de la connaissance « utile » aux chercheurs dans leurs contributions au développement du savoir dans leurs domaines respectifs, répondant aux critères de la rigueur scientifique; produire de la connaissance, surtout et finalement, pour les savoirs d'usage de tout citoyen dans la population, mis en rapport avec les intervenants ou les chercheurs, savoirs qui peuvent être reconnus et renouvelés. Tel est le défi d'une recherche en partenariat qui aboutisse au développement de pratiques adaptées à la population, prenant en compte toute la complexité de sa diversité dans ses dimensions sociales,

économiques et culturelles. Le métissage des rencontres entre les cultures au sens ethnoculturel du terme est aussi requis pour la rencontre entre les cultures de savoirs : scientifique, pratique et d'expérience, académique, professionnelle et de sens commun.

Jacques Rhéaume  
Directeur scientifique  
CRF, CSSS de la Montagne

## Articles

### ***L'implantation du CRF au CLSC de Côte-des-Neiges Une entrevue avec Robert Sévigny***

Entrevue par  
Spyridoula Xenocostas,  
directrice du centre de recherche et de  
formation, CSSS de la Montagne

#### **L** es origines du CRF

*Q. : Pouvez-vous m'expliquer pour quelles raisons le Centre de recherche et de formation a été créé? Quelles sont ses origines?*

R. : Je dois dire d'abord que lorsque je suis arrivé au CLSC Côte-des-Neiges, à l'été 1993, le Centre de recherche avait déjà été formellement créé, en 1992, par une décision du CA. C'est Vania Jimenez qui m'a invité à me joindre à l'équipe pour la première fois. D'ailleurs, je dois préciser que la plupart des choses que je vais vous raconter impliquent également Vania, puisqu'on a travaillé en équipe tous les deux. Enfin, il va sans dire que l'implantation d'un centre de recherche s'est faite sous la direction de Monsieur Jacques Lorion, alors directeur général (DG) du CLSC. J'ai reçu aussi l'aide de bien des membres du personnel. Des noms me reviennent en tête, mais je ne veux pas citer de noms parce que j'en oublierai certainement. Je sais bien qu'ils m'ont aidé à «atterrir» dans cet univers, nouveau pour moi, qu'était le CLSC.

On m'a demandé de participer à ce centre de recherche pour deux principales raisons. La première était très pratique au fond. On voulait avoir de la recherche qui serait initiée au CLSC et qui répondrait spécifiquement à ses besoins. C'était que le CLSC, de par sa clientèle et ses interventions dans un milieu à la fois de pauvreté relative et de pluriethnicité, attirait beaucoup de chercheurs, d'un peu partout, qui venaient demander l'autorisation de faire de la recherche à partir d'échantillons pris chez nous. En revanche, on recevait très peu de *feedback*, il y avait peu d'informations ou de renseignements utiles qui revenaient au CLSC. Fonder son propre centre

de recherche allait donc permettre au CLSC Côte-des-Neiges d'attirer des recherches qui lui serviraient, de sélectionner le genre de recherches qu'on y ferait, et d'avoir un accès direct aux résultats.

La deuxième motivation derrière la création du CRF, c'est qu'il y avait déjà, dans l'air, l'idée d'un statut de centre affilié universitaire (CAU) ou d'institut, puisque peu après mon arrivée, le ministère lançait son programme à cet effet. On a abandonné le projet de devenir un institut universitaire pour diverses raisons, mais la notion de CAU a beaucoup servi à symboliser ce que pourrait être le CRF. Je pense que ce sont les deux principaux objectifs qui étaient visés par la création du CRF, mais il y avait aussi sûrement, dans le personnel même, un certain goût de voir de la recherche se faire au CLSC.

### **L'implantation du CRF**

Quand je suis arrivé, le CRF avait déjà été créé par décision du CA, et c'était Ghislaine Provost qui en a été la première directrice. Elle m'a été d'une grande aide dans ma tâche, elle m'a toujours appuyé. Elle était très intéressée par la recherche et la défendait, au besoin, vis-à-vis de ses propres cadres. Moi, j'avais le statut de directeur de recherche, mais je dois dire qu'à toutes fins pratiques, j'ai joué tous les rôles que je pensais devoir jouer pour implanter un centre de recherche, pour faire entrer la recherche dans un milieu qui n'en faisait pas à l'origine. Comme il n'était pas question pour moi de faire de la recherche qui ne serait pas de statut universitaire, j'avais besoin de l'appui des universitaires, et pas juste un appui formel. J'ai donc dû prendre contact avec plusieurs instances de l'Université (de Montréal), départements, facultés, vice-rectorats, etc. De plus, il y a eu des démarches pour ma libération à demi temps de l'Université afin d'être le directeur scientifique du CLSC, ce qui s'est fait très facilement avec la collaboration de la Faculté des arts et des sciences.

De plus, tout en étant de niveau universitaire, la recherche que je voulais faire devait aussi avoir les deux pieds ancrés dans un établissement comme le CLSC. J'ai donc aussi dû « négocier » avec le CLSC et le personnel qui était là.

La première décision que j'ai prise a été de former une équipe, de demander à des collègues, des chercheurs de différents départements, de se joindre à nous, non seulement pour venir faire de la recherche et s'en retourner, mais en gardant des liens organiques avec le CLSC. J'ai constitué, au bout de 3 ans, un réseau de chercheurs, qui venaient de 7, 8 ou 10 départements différents, tant des domaines social que médical. Pour moi, il fallait les deux, et je voulais aussi des gens qui travaillaient dans le social, mais qui acceptaient d'étudier des milieux de pratique où le social et le médical coexistent. J'ai réussi à regrouper des gens d'administration de la santé, de médecine familiale, d'éducation, de service social, des sciences infirmières, de pédopsychiatrie, d'anthropologie, de sociologie. Il fallait s'insérer dans tous les secteurs de l'ethnicité. Il y avait donc des spécialistes de l'ethnicité, je pense à Danielle Juteau et à Deirdre Meintel qui, au tout début, nous ont donné leur appui. Et à ce moment-là, d'autres chercheurs du CEETUM<sup>1</sup> ont continué à collaborer avec nous. C'est sûr que les spécialistes d'ethnicité en

---

<sup>1</sup> Centre d'études ethniques des universités montréalaises

anthropologie et en sociologie ont été très, très utiles. Parmi les collègues qui se sont joints à l'équipe, je mentionne tout de suite Christopher McAll et Jacques Rhéaume, qui ont tous deux accepté des responsabilités à l'intérieur du CRF. Les deux ont poursuivi leur implication dans le domaine de la formation ou de la recherche universitaire en milieu CLSC.

Dès le début de la première année de mon mandat, une partie de ma tâche a aussi été de former un comité pour évaluer toutes les demandes qui avaient été formulées depuis 2 ans par des chercheurs de l'extérieur qui voulaient venir faire de la recherche au CLSC – il y en avait beaucoup - et pour examiner les demandes qui avaient déjà été acceptées afin de voir si des résultats de recherche étaient revenus vers l'établissement. Au fur et à mesure que le milieu des chercheurs a su qu'on n'arrivait pas comme ça facilement au CLSC Côte-des-Neiges pour faire de la recherche, mais que les projets devaient être acceptés, passer par un certain processus, etc., le nombre de gens qui ont fait des demandes pour utiliser le CLSC exclusivement comme terrain a sensiblement diminué. Inversement, on créait un mouvement qui favorisait nos propres questions de recherches, et favorisait aussi la participation des intervenants à l'élaboration des projets de recherche du CRF.

J'ai donc aussi beaucoup cherché, avec l'aide de tout le monde, à faire connaître le fait qu'au CLSC Côte-des-Neiges, on faisait de la recherche, et aussi à informer les chercheurs du style de recherche qu'on voulait faire. Ces démarches se sont concrétisées par l'établissement de liens avec d'autres CLSC, et même avec des CLSC de l'extérieur de Montréal. J'ai aussi, avec bien d'autres toujours, organisé deux colloques, en 1996 et en 1999. À ces occasions, on invitait à la fois des chercheurs et des intervenants, des gens d'autres CLSC et institutions de recherche sociale ou d'intervention. À travers toutes ces activités, je faisais des exposés sur le CRF, je provoquais des rencontres, j'animais des discussions, etc.

Au départ, le premier thème sur lequel on a mis l'accent, c'était la pluriethnicité. Cette problématique devait aussi nécessairement intégrer des études sur la pauvreté, la relation patient/médecin ou infirmière/patient, le maintien à domicile, les services sociaux, etc. Dans un milieu comme celui du CLSC Côte-des-Neiges, il fallait que le tout soit axé autour de la pluriethnicité. Je devais aussi tenir compte des autres CLSC. C'était déjà un peu dans l'air, au moment où je suis arrivé, qu'il y aurait un CAU au CLSC René-Cassin. À ce moment-là, donc, j'ai pris contact avec d'autres CLSC où il y avait aussi ce genre de clientèle, mais la plupart du temps, moins pluriethnique que chez nous. Dans certains quartiers, il y avait surtout des Haïtiens, ou des Libanais, etc. C'était souvent une nouvelle clientèle pour les CLSC, mais ce n'était pas la pluriethnicité telle qu'on la vivait au CLSC Côte-des-Neiges. Alors, on a intégré ces gens-là en les invitant à participer à des colloques, à se joindre à nous. Maintenant il y a d'autres endroits qui sont aussi pluriethniques que Côte-des-Neiges.

Je pense donc que trois ou quatre ans après que Vania et moi ayons lancé le premier programme de recherche, il n'y avait plus grand monde, dans le milieu de l'intervention sociale, qui ne savait pas qu'on faisait de la recherche et que ça avait donné une certaine notoriété à l'endroit du CLSC Côte-des-Neiges. Et pour moi, ça c'était important aussi, car lorsqu'on faisait des demandes de subventions, il y a bien un comité de pairs ou d'évaluateurs qui évalue chaque projet. Cette reconnaissance du CLSC circulait déjà et aidait à promouvoir nos projets. Cette reconnaissance facilitait aussi un certain nombre de choses, comme nos contacts avec

l'université, puis avec d'autres chercheurs. J'ai pris mon temps pour faire ce genre de choses là, et c'est difficile d'en évaluer la portée, mais je pense que l'ensemble de ces démarches faisait partie de l'implantation.

Ce qui était nécessaire aussi, c'était d'obtenir du financement de la part des organismes subventionnaires pour faire rouler le CRF. Il y avait le CQRS<sup>2</sup>, qui n'existe plus, mais qui était à ce moment-là, je dirais, l'organisme subventionnaire le plus proche de l'esprit de recherche qu'on voulait faire dans un CLSC. Le CQRS acceptait un peu plus facilement la recherche-action, ou recherche-intervention, qui impliquait des liens avec les intervenants, et le fait que des liens organiques soient établis entre les chercheurs et l'institution. Il donnait même des points aux organismes de recherche qui le faisaient. Mais à côté de ça, il y avait d'autres organismes subventionnaires à qui il fallait faire la démonstration qu'on pouvait faire de la recherche universitaire dans le cadre d'un établissement de service. Alors, il y a eu beaucoup, beaucoup de travail fait, à la fois formellement et informellement. J'ai passé des heures en réunions un peu à gauche et à droite, pas forcément pour convaincre les gens, qui étaient souvent convaincus, mais pour expliquer comment on voulait s'y prendre, pourquoi, etc.

### **Approche scientifique, créneau, acteurs**

*Q. : Votre approche de recherche-action, ou sociologie clinique, qui implique une participation active des intervenants à diverses étapes de la recherche, a profondément coloré les orientations du CRF, au point où elle est maintenant mise de l'avant dans les demandes de subventions du CAU. D'où vient-elle?*

R. : J'ai toujours été intéressé à la fois par l'intervention et par la recherche. J'ai fait beaucoup d'interventions en termes de formations en relations humaines autrefois. J'en ai aussi fait dans de grandes organisations, industrielles et syndicales. J'ai rarement publié des rapports de recherches ou des comptes-rendus sur mes interventions, mais c'était évident que dans mes activités de formation, je tenais compte à la fois de ce que je savais, de ce que j'étais avec mes propres ressources puis celles de tous les gens qui m'entouraient. La recherche-action, je l'ai enseignée et je l'ai pratiquée, mais pas toujours, puisqu'une partie des recherches que j'ai faites dans ma vie étaient, je dirais, plus traditionnelles en terme de processus. Mais j'ai toujours « forcé » de ce côté-là. Par exemple, la dernière grosse recherche que j'avais faite avant d'arriver au CLSC, c'était sur les intervenants en santé mentale. Ce n'était pas une demande que j'avais reçue de la part des intervenants, mais tout au long du processus de la recherche, et pendant au moins deux ans après, Jacques Rhéaume (avec qui je faisais cette recherche) et moi avons présenté ce qu'on faisait et discuté les résultats avec plusieurs catégories différentes d'intervenants. Et je me souviens que j'avais inclus, dans les frais de recherche, ce qu'il fallait pour m'assurer que tous les gens qui avaient accepté d'y participer, d'être interviewés, recevraient le rapport final.

Alors, j'ai toujours été assez proche de cet aspect-là, d'autant plus que ma formation en psychologie, basée sur l'approche de Carl Rogers, se prêtait aussi à ça. Pour Carl Rogers, la

---

<sup>2</sup> Conseil québécois de la recherche sociale

psychothérapie, c'est vraiment une entreprise conjointe entre le client et le patient. Et ça, je l'avais bien retenu! Quand je suis arrivé au CLSC, cet aspect-là de la recherche, pour moi, allait de soi. Je ne pouvais pas penser faire de la recherche, penser qu'il y ait de la recherche dans un CLSC, sans que le tout ne prenne cette allure-là.

Cependant, je n'ai pas utilisé moi-même le terme de sociologie clinique. Pas que ça ne m'intéressait pas : c'est moi qui ai fondé le premier groupe, il y a 25 ans, dans ce versant-là des sciences sociales. Je pense que ce qui se fait au CLSC, en termes de recherche, s'inscrit assez bien dans cette notion de sociologie clinique. Le mot « clinique » veut dire, en grec, « être près du patient, près du lit. ». Dans les sciences sociales, ça se traduit par faire de la recherche sur le terrain, mais ça veut aussi dire partir d'un problème pour essayer d'y trouver des solutions et échanger sur ces solutions-là avec les gens concernés. Ça vient de plusieurs approches qui se sont développées un peu partout, et qui ont porté plusieurs noms, comme la recherche-action, avec Kurt Lewin, ou alors la psychosociologie, en France, qui cherchait à comprendre les problèmes sociaux dans leur dimension psychologique, les relations entre les gens, entre les groupes, etc. Aux États-Unis, on utilise souvent une approche semblable au nom de l'étude des « problèmes sociaux » de la recherche-action ou la recherche appliquée. Donc ce n'est pas parti de zéro, la sociologie clinique, c'est plutôt un parapluie qui englobe, de diverses façons, une *gestalt* de ces approches-là.

Donc, oui, la notion de sociologie clinique aurait pu servir à expliquer ce qu'on faisait, mais il y a 15 ans, ce concept n'était pas très bien accepté, même dans des organisations internationales. Plusieurs souhaitaient conserver le mot clinique pour tout ce qui était purement médical. De plus, en anthropologie, il y avait aussi des groupes qui s'identifiaient à l'anthropologie clinique, mais dans un sens complètement différent... J'ai donc pensé que si on se mettait à parler de sociologie clinique, j'aurais été obligé de passer beaucoup de temps à expliquer ce que moi j'entendais par là, mais en précisant aussi qu'il y avait 10 autres personnes qui parlaient de sociologie clinique puis qui faisaient des choses différentes. Or, l'objectif n'était pas de discuter de la notion de sociologie clinique, c'était d'en faire!

Ceci dit, je pense que maintenant, avec la fusion des CLSC, c'est peut-être un peu plus nécessaire d'expliquer les dimensions organisationnelles dont on doit tenir compte en sociologie clinique.

*Q. : Concrètement, comment cette approche s'est-elle mise en application?*

R. : Souvent de façon plutôt informelle. On a organisé des échanges entre les intervenants et les chercheurs, ou les clients. À un moment donné, on avait un assistant qui travaillait à temps plein au CLSC, et dont la tâche était de répondre à des demandes des intervenants, qui venaient lui demander : qu'est-ce que je fais avec ça, j'ai vu tel tableau, peux-tu mieux m'expliquer le sens de ces données? Alors, on ne peut pas dire que c'était de la recherche dure, mais c'était fait dans un esprit de recherche. Tout le monde ne se transformait pas tout d'un coup en chercheurs très formels, mais il y avait cet esprit de recherche. On se posait des questions supplémentaires. On se disait : « y a-t-il là une question qui pourrait constituer un objet de recherche? ». Et juste le fait de dire ça, c'est une façon de commencer à y penser autrement. Et puis, il y a eu des intervenants qui ont participé à des projets, et puis d'autres qui

décidaient de retourner à l'Université faire une maîtrise, par exemple, ou un doctorat, et qui faisaient leur travail de recherche au CLSC. Et alors le CLSC et le CRF leur donnaient tout l'appui qu'ils pouvaient.

J'ai aussi constitué une équipe autour de cette approche. Dans toute organisation, il y a deux façons, non pas de contrôler, mais d'orienter les choses, c'est soit par la sélection ou soit par la formation. On aurait pu dire : « on recrute 15 chercheurs », puis, ensuite, on les convainc, on les forme, on les habitue, et on leur donne des moyens de faire de la recherche-action. L'autre façon, c'est de choisir des gens qui avaient déjà ça une attitude ou une expérience qui les orientait vers ce type de recherche. Alors, c'est de cette dernière façon que j'ai procédé, parce qu'il ne s'agissait pas du jour au lendemain de dire à 12, 15 collègues : « Bien écoutez, vous allez venir, vous allez tous faire de la recherche comme Sévigny en ferait ou comme le CLSC souhaite que vous en fassiez ». J'ai opté pour la formation d'un réseau de gens qui avaient des choses en commun, mais qui conservaient chacun leur autonomie, leurs projets particuliers et leurs lieux de publication. J'ai toujours privilégié ce type de collaboration là. Et s'il y a un esprit que j'ai essayé de former, de développer et d'appuyer, c'est plutôt ce type de collaboration entre chercheurs de plusieurs disciplines, de plusieurs types d'expériences antérieures.

*Q. : Vous avez axé la programmation de recherche du CRF autour de la pluriethnicité. Pouvez-vous m'en parler davantage?*

*R. : Comme je l'ai dit, ça allait un peu de soi d'adopter ce créneau de recherche, étant donné la population du CLSC Côte-des-Neiges. Les intervenants du CLSC avaient l'habitude de travailler dans ce milieu et avaient des choses à dire sur le sujet.*

Dans les dernières années avant que je parte, je suis parti en 1999, la question de pluriethnicité, celle des positions qu'on peut prendre à l'égard du Québec francophone, se posait déjà. Non pas que les enjeux n'étaient pas nombreux, mais il aurait été difficile, et peut-être pas très avantageux à ce moment-là, de faire de la recherche formelle sur des thèmes. Tout le problème des accommodements dont on discute maintenant, d'une certaine façon, se vivait à l'intérieur du CLSC. On sentait qu'il y avait des tensions, mais à ma connaissance, elles ne se sont jamais, jusqu'à ce moment-là, en tout cas, formalisées. Et moi, la position que je prenais, c'était qu'il y avait des douzaines et des douzaines de formes d'« accommodements » que les intervenants trouvaient dans leur pratique et qui ne faisaient pas de mal à grand monde, mais qui faisaient beaucoup de bien à beaucoup de monde. Alors moi, quand des gens me disaient : « Mais pourquoi tu ne fais pas de la recherche là-dessus? ». Je disais : « Pourquoi faire de la recherche sur quelque chose qui marche? ». Moi j'ai passé ma vie à travailler sur de l'implicite, souvent pour le rendre explicite, mais j'ai toujours pensé qu'il y avait des choses qu'on n'avait pas toujours avantage à rendre explicites et formelles. Rendre formelles ou codifier l'ensemble des relations sociales à l'intérieur des services sociaux et de santé comme le CLSC n'était pas ma priorité à ce moment-là. Je pensais -- et je pense encore -- qu'il y avait, certes, un problème politique à aborder, mais dans un autre cadre que celui des établissements comme les CLSC. À partir de mes observations et à partir des témoignages que j'entendais, au CLSC Côte-des-Neiges, je considérais que tout en privilégiant le thème de la pluriethnicité, il ne fallait pas

mettre sur pied des projets formels de recherche sur ce qu'on appelle aujourd'hui les « accommodements raisonnables ».

Quand on organisait des colloques, des intervenants venaient nous présenter leur façon de tenir compte de l'ethnicité quand ils faisaient leur travail qui, en lui-même, n'impliquait pas du tout l'ethnicité. Je me souviens d'avoir entendu une ergothérapeute qui faisait du travail à domicile. Des clients lui disaient, « vous me proposez de faire telle chose, mais moi, dans le pays d'où je viens, quand on a ce problème-là, voici comment on s'y prend. ». Et elle racontait comment elle discutait de ça. Et parfois, la conclusion c'était que la personne continuerait à faire ce qu'elle faisait avant, mais qu'elle devait s'assurer qu'elle avait des résultats, etc. Et dans d'autres cas, c'était sa façon à elle, son approche d'ergothérapeute, qui était prise, acceptée par la personne. Ça impliquait, dans son esprit, une espèce de « négociation », tout en n'oubliant jamais ses propres critères propres à la tâche qu'elle devait faire.

*Q. : Est-ce que cette négociation était aussi présente parmi les chercheurs du CRF, dans leur approche de la culture? Par exemple, un sociologue qui s'orientait plutôt sur la pauvreté et les structures, ou un psychiatre qui s'intéressait plutôt aux valeurs des personnes et leurs croyances?*

R. : Il s'agit ici d'un enjeu important, enjeu dans le sens où il y avait plusieurs positions. Et là non plus, à ma connaissance, le CRF n'a jamais pris position de ferme par rapport à ça. Il y a toujours eu des intervenants pour qui le problème que les gens pouvaient avoir s'expliquait par leur culture d'origine. Et d'autres qui disent : « Bien ce n'est pas comme ça: souvent, les gens ont immigré ici pour justement prendre de la distance vis-à-vis de leur propre culture... ».

Bon, de ce point de vue-là, il n'y a pas moyen d'en sortir. D'autant plus que ce n'est pas une affaire de statistiques ou de normes sociales. Quand on travaille avec des individus, on peut se retrouver devant cinq personnes de la même culture, mais qui n'ont pas la même position vis-à-vis de leur propre culture. Il y a aussi des gens qui arrivent ici (je parle au présent, mais je ne sais pas si c'est encore comme ça), des jeunes en particulier qui ont des enfants et qui s'adaptent, qui s'accrochent de toutes sortes de façons. Et un jour, ils font venir leurs parents ici, et ceux-ci prennent soin des enfants. Et là, tout d'un coup, il y a une demande beaucoup plus forte à l'intérieur de la famille pour qu'on respecte les coutumes de là-bas. Alors, les choses changent aussi à l'intérieur même de 5, 10 ans, pour ces gens.

Certains affirmaient qu'il faudrait enseigner aux intervenants comment les gens de telle ou telle culture se comportent. Moi, évidemment, j'ai toujours été très réticent vis-à-vis de cette position-là : elle n'est pas mauvaise en soi, mais elle ne me semble pas être applicable de façon systématique.

C'est une période où je faisais de la recherche en Chine, et j'y ai passé l'équivalent d'un an sur une période de 7, 8 ans. Et je me souviens d'avoir souvent répété, devant ce genre de position-là, que si, moi, je me trouvais malade en Chine, la dernière chose que je voudrais, c'est avoir affaire à un médecin, un psychologue ou un psychiatre, qui vient de lire un chapitre sur « comment traiter les Québécois »... Par contre, ça ne m'a jamais empêché de faire du travail avec des gens qui avaient cette option-là. Mais je pense qu'à la longue, cette approche est de moins en moins affirmée ou, plutôt, qu'elle s'applique beaucoup mieux à certains types de problèmes plutôt qu'à l'ensemble des problèmes. Alors, moi, la seule position que je prenais,

dans un certain sens, c'était de ne pas en avoir. De ne pas affirmer qu'il y ait juste une façon de penser et de travailler.

Et je misais surtout sur l'interaction, puis la connexion à l'intérieur d'un réseau de chercheurs et des liens avec des intervenants. Je dois dire aussi, en fait, que cet aspect-là, l'interaction avec les intervenants, puis avec les autres chercheurs et la multiplicité des positions, ce n'est pas juste théorique ou « scientifique », mais idéologique. Moi, je pense qu'il n'y avait pas d'autres positions à prendre que celle-là, du moins à ce moment-là...

## **Partenariat**

*Q. : Les divers partenariats ont été importants, voire essentiels à l'implantation et à la survie du CRF. Pouvez-vous m'en parler?*

R. : Le premier partenariat, ça a été le CLSC Côte-des-Neiges, bien entendu. Jacques Lorion, qui était le directeur général à cette époque, nous a supportés et a favorisé la participation des intervenants aux activités du CRF. Ça demandait beaucoup de ressources à l'établissement de dégager des membres du personnel pour participer à des réunions, ou à un colloque qui durait 3 jours, et ça, je l'ai beaucoup apprécié. Je pense que sans ça, le CLSC n'aurait pas pu faire ce qu'il a fait.

*Q. : Est-ce qu'il y avait des moments où il fallait intervenir pour défendre l'autonomie de la recherche, ou son intégrité par rapport à des procédures administratives?*

R. : J'ai passé des heures à l'expliquer et à l'affirmer, mais je dois dire que je l'ai fait plus par prévention que parce que j'avais vu qu'il y avait des problèmes. Il n'y a jamais eu d'objections, au fond, venant des intervenants ou de la direction, par rapport à tel genre de recherche ou tel genre de méthode. Il faut dire qu'il y avait tellement de choses à faire, que quand une unité ne voulait pas en faire, on n'en faisait pas. Il ne s'agissait pas de tordre des bras, pour dire : « On va faire de la recherche dans votre secteur. ». Alors, il y a eu des secteurs où il y en a eu plus et d'autres moins. Mais c'est une stratégie d'implantation, ça aussi. Quand ça marche dans une place sur deux, le groupe où ça n'a pas fonctionné adhère tranquillement à l'idée de faire de la recherche et puis les chercheurs apprennent aussi à tenir compte du contexte particulier.

L'autre partenariat important, c'était les universités. On voulait obtenir le statut de centre affilié universitaire, et pour ça on avait besoin d'un partenariat avec une université. J'ai passé probablement les derniers 18 mois de mon mandat au CRF à élaborer des stratégies, à faire du travail pour que le CLSC obtienne ce statut. Il l'a obtenu, finalement, grâce au fait que McGill ait accepté de passer très rapidement à travers tout son système de prise de décision. Ils ont accepté en trois jours d'appuyer la demande de CAU, alors que ça faisait 18 mois que j'essayais de faire accepter ce partenariat avec l'Université de Montréal.

McGill avait un lien très particulier parmi les autres CLSC de par sa faculté de médecine, et ça, je le valorisais beaucoup. Mais il demeure que tous les autres chercheurs qui faisaient partie de notre réseau étaient à l'Université de Montréal. C'était l'Université de Montréal qui avait payé mon salaire, qui avait permis que je sois détaché pour le CLSC. J'ai trouvé un peu dur le fait qu'à la toute fin, on n'ait pas reçu l'appui de l'Université de Montréal. En fait, tous les gens, de la

plupart des facultés ou des départements impliqués, s'étaient montrés d'accord. Tout le niveau du vice-rectorat était d'accord pour nous appuyer. On avait eu des réunions, et j'avais répondu à toutes sortes de demandes, etc. Mais de son côté, l'Université avait aussi établi des contacts avec d'autres CLSC et certains de ceux-là (c'est ma compréhension de ces démarches, mais ce n'est pas de la pure projection de ma part), souhaitaient retarder un peu le processus pour pouvoir rattraper les choses de leur côté! Ça faisait déjà deux ou trois fois que le ministère retardait les choses et un jour, ils ont donné une date limite que l'Université de Montréal n'a pas pu respecter. Et c'est là que les contacts avec McGill, et je suis sûr que le DG et Vania Jimenez ont joué une grosse part là-dedans, nous ont permis, à la dernière minute, d'être appuyés par une université. Ce qui nous a permis d'obtenir le statut de centre affilié universitaire, ce dont je suis très heureux.

### **Défis et succès**

*Q. : Quels sont les principaux défis que vous avez rencontrés?*

R. : Je dirais qu'arrimer la recherche à la culture organisationnelle d'un établissement comme le CLSC ne s'est pas fait sans heurts. Ça n'allait pas de soi, c'était comme faire se rencontrer deux cultures différentes. Et je vais donner un exemple très, très concret. Quand un chercheur reçoit une subvention, il est responsable, avec les cochercheurs, de faire en sorte que les budgets soient respectés, mais aussi que les différentes dépenses qui ont lieu sont bien celles prévues au budget. Donc, à la première subvention qu'on a eue, je me suis rendu compte à un moment donné que le CLSC s'était servi d'un certain montant d'argent de cette subvention, pas de façon gratuite et fortuite, bien sûr, mais pour des choses qui n'étaient pas prévues et qui ne touchaient pas directement la demande qu'on avait faite. Alors là, il fallait absolument rectifier les choses... D'autres fois, c'était moi! Je me souviens que la première fois que j'ai voulu acheter des ordinateurs pour le CRF avec notre première subvention – on n'avait rien! -, j'ai tout fait par moi-même. Je connaissais des gens qui vendaient des ordinateurs très bon marché, d'autres qui louaient des enregistreuses, etc. Mais tout d'un coup, on s'est rendu compte au CLSC que j'avais acheté un ordinateur, sans suivre la procédure d'achat. Ça a été un petit choc! Et ce n'était pas, de ma part, un désir absolu de tout faire à ma façon. Mais je faisais les choses, moi aussi, selon la façon de procéder que je connaissais.

Vania Jimenez, qui évidemment connaissait beaucoup mieux le CLSC que moi, m'a beaucoup aidé à m'adapter à ce nouveau contexte. Elle pouvait me dire : « bien écoute, ça, ce n'est pas comme ça qu'on fait ça » ou « ça ne se fait pas » ou « oui, on va essayer de le faire ». Plusieurs personnes, parmi les cadres et les intervenants, nous ont aussi aidés à faire en sorte que les choses passent, que les projets soient acceptés, de faire en sorte de m'ouvrir les portes dans les différents programmes ou unités.

Un autre problème rencontré provenait de conflits en lien avec les différents statuts à l'intérieur du CLSC. Par exemple, le jour où 17 ou 18 intervenants en travail social sont arrivés tout d'un coup, les gens se sont dit : « Bien qu'est-ce que ça fait un travailleur social ou une travailleuse sociale et qu'est-ce que ça fait une infirmière, quand ils se retrouvent dans les familles? ». Et moi je savais fort bien que les infirmières ou les auxiliaires qui intervenaient à domicile, une fois dans la place, rendaient toutes sortes de services, donnaient de l'information sur beaucoup de

choses qui n'étaient pas dans le cadre formel de leurs tâches, mais ça marchait! Alors à partir de quand une infirmière devrait-elle dire : « Oui, mais ça, je ne peux pas répondre à votre question parce que c'est une question de travailleuse sociale, ou, oui c'est une question pour l'infirmière ». Alors se jouait, à travers ces réflexions, le rapport de force entre les professions et le statut de chacune d'entre elles. Cela aurait pu faire l'objet d'une recherche intéressante, mais, dans le contexte du moment, c'était un peu compliqué à travailler et ce n'est pas un aspect sur lequel j'ai insisté. Je trouvais cela important, mais je ne pensais pas que le milieu était prêt pour pour aborder le problème des pouvoirs associés aux corporations professionnelles. Ce qui est intéressant par rapport à ça, c'est que Deirdre Meintel et Marguerite Cognet ont fait de la recherche sur les auxiliaires du Maintien à domicile. Et quand le rapport est sorti, on s'est rendu compte que ces auxiliaires-là ressentaient fortement leur exclusion lorsqu'elles avaient des réunions avec le reste de l'équipe. On tenait peu compte de ce qu'elles savaient, de ce qu'elles avaient appris en étant dans le milieu, dans les familles, etc. Et donc, on ne leur accordait pas de statut, d'importance. Les données de la recherche ont suscité une petite bombe dans la place! Il a fallu que je j'explique que ce n'était pas prévu, mais que quand on fait de la recherche, on trouve parfois des choses qu'on n'avait pas nécessairement pensé trouver, etc. Et celle qui dirigeait le service à ce moment-là (celle-là même qui avait été la première directrice du CRF lors de sa fondation) avait compris que c'était un problème de statut social et de professionnalisation, et elle disait aux membres de son unité : « Les auxiliaires ne sont pas perçues comme des professionnelles, mais il faudrait leur reconnaître un certain statut. Et c'est l'occasion de le faire. ». Alors au fond, faire de la recherche sur place, je pense que ça avait comme conséquences de faire ressortir des problèmes qui étaient là de toute façon et qu'on n'avait pas toujours les moyens d'étudier en bonne et due forme. On n'allait pas chercher des subventions pour faire de la recherche là-dessus. Mais à l'occasion, le service du maintien à domicile en arrivait à se positionner.

*Q. : Comment vous réagissiez lorsque des résultats de recherche soulevaient des questions sensibles par rapport à l'établissement? Quelle était votre position comme chercheur?*

R. : Là, je pense que moi personnellement, je n'aurais pas survécu à ce genre de situation si je n'avais pas eu du plaisir à y faire face. Cette responsabilité correspondait à des valeurs et des objectifs auxquels j'adhérais. Quand ça arrivait, je devais mettre aussi mon chapeau d'intervenant et me poser la question : qu'est-ce qui arrive dans l'organisation? Quels sont les enjeux? Quels sont les acteurs? Quelles sont les positions et qu'est-ce qu'on fait avec ça?

Il y a eu toutes sortes de problèmes organisationnels que j'ai abordés sans jamais les nommer en termes de recherche. Ce n'était pas de la recherche formelle, mais ça ressemblait beaucoup plus à ce que je faisais quand j'intervenais dans les organisations. Il fallait permettre à des gens de se parler. Moi, j'analysais l'organisation et les différents points de vue et jeux de pouvoir, mais ce n'était pas pour publier là-dessus, c'était tout simplement pour continuer à travailler. Les premières fois que j'ai fait de l'intervention dans les milieux syndicaux, tout comme quand j'ai commencé à intervenir en Chine, tout n'allait pas de soi. Je veux dire que dans les milieux syndicaux on me disait : « Écoute on t'a fait venir parce qu'on sait que tu as fait beaucoup de travail pour telle grosse compagnie, puis s'ils t'ont engagé puis qu'ils étaient satisfaits, ça devait être parce que tu faisais du bon travail, puis on veut que tu fasses du travail aussi bon avec nous autres ». Bon, puis en même temps, presque la même phrase, on disait : « Oui, mais on

ne veut pas que tu essaies de nous vendre le capitalisme. On ne veut pas que tu essaies de faire avec nous autres ce que tu fais avec les grosses compagnies ».

Alors, il y avait vraiment des attentes, non pas contradictoires, mais très complexes, qu'il fallait comprendre, analyser, dont il fallait tenir compte pour être capable tout simplement d'agir, de faire de la formation ou des choses comme ça. Pour moi, l'implantation de la recherche, c'était aussi de l'intervention. Je ne pouvais pas simplement dire : « Bon, bien, on se tient là puis on fait de la recherche ». Alors, entre les réactions que le DG pouvait avoir à un moment donné, et la réaction que je décrivais tantôt chez un intervenant qui disait : « Ça va tout simplement nous donner plus de travail » ; entre les deux, il y avait toutes sortes de phénomènes organisationnels, de groupes, de pouvoir, de corporations, de professions, d'idéologie, qui s'entremêlaient, et puis moi j'essayais de tenir compte de tout ça pour établir des lieux et des moments de recherche et de réflexion.

Et aussi, c'est paradoxal, mais je n'ai jamais moi-même fait de la recherche au CLSC. J'en ai organisé, j'ai aidé les autres à en faire, etc. Sauf vers la fin, une recherche sur « le savoir implicite des intervenants »... Le travail d'implantation a pris beaucoup trop de mon temps, et de mon énergie. En tout cas, mon travail au CLSC a pris plus que le demi-temps pour lequel j'avais été détaché de l'Université. Enfin, pour moi, le style de recherches que j'aurais aimé faire et que je n'ai jamais eu le temps de faire, ça aurait été de faire de l'observation participante, d'accumuler du matériau et d'en discuter ensuite avec les intervenants. Finalement, je ne l'ai jamais fait, mais ça aura été mon propre choix.

*Q. : Quel impact ces années au CLSC ont-elles eu sur vous?*

R. : Je dirais que la collaboration entre tout le monde, à tous les niveaux, dans le cadre de la création du CRF, ça, c'est un très bon souvenir que j'ai gardé. Depuis le début je n'ai pas arrêté de parler de moi. Mais il faut vraiment que je dise qu'une entreprise comme celle-là, ce n'est pas Sévigny, tout seul, qui aurait pu faire ça. La preuve, c'est qu'il fallait que quelqu'un me demande pour y être. Et puis ça m'a permis aussi d'aller chercher dans mon propre passé, dans ma propre trajectoire, des moments où j'avais frôlé les problèmes d'ethnicité, où j'avais travaillé sur des problèmes de pauvreté, sans jamais faire d'études formelles sur le sujet. Mes recherches, mes interventions, à la fois dans les milieux syndicaux puis dans les milieux industriels, me servaient à me consacrer à l'implantation de la recherche universitaire dans un milieu de pratique. J'avais de quoi me satisfaire.

Il y a aussi eu un aspect négatif de l'affaire, c'est que je partais, de temps en temps, pour aller faire mon terrain de recherche, en Chine... Mais une fois ici, je pouvais être trois semaines, un mois sans travailler sur mes dossiers chinois, et il n'y a pas un Chinois qui me courait après pour dire : « tu ne travailles pas ». Mais s'il y avait un problème qui se posait au CLSC, c'était tout de suite, c'était maintenant. Alors, je me suis fait avoir, et ça, je ne le reproche à personne, je me suis fait avoir à la fois par le plaisir de le faire, mais par le fait qu'il fallait le faire. C'est extraordinaire, le nombre de fois où l'avenir du CRF tenait à une réunion ou une rencontre à laquelle j'accordais priorité. Alors le résultat moins heureux de l'affaire, c'est que j'ai vraiment beaucoup retardé mes travaux sur la Chine et que maintenant je suis obligé de continuer : ce dont je ne me plains pas tellement!

*Q. : Comment voyez-vous l'avenir du CRF, maintenant?*

R. : Maintenant, on a regroupé plusieurs CLSC pour créer les CSSS, et je vois donc que le CRF se trouve à être appuyé sur plusieurs institutions ou un établissement plus gros. C'est intéressant de voir comment cette évolution s'est réalisée. Devant l'ampleur des changements organisationnels (et inévitablement politiques) j'hésite à répondre à la question. Comment va se développer la recherche dans ses nouveaux cadres ? Après tant d'années sans avoir eu l'occasion de garder beaucoup contact avec l'univers de ce qui était le CLSC et le CRF « de mon temps », j'hésite à répondre à la question de l'avenir. L'important pour moi, maintenant, c'est le sentiment d'avoir contribué à l'implantation d'un type de recherche qui n'a pas à être renié aujourd'hui.

## *L'expérience de recherche au CSSS de la Montagne. La perspective de la sociologie clinique*

Jacques Rhéaume, directeur scientifique du  
CSSS de la Montagne, centre affilié  
universitaire (de 1999 à aujourd'hui)

L'implantation de programmes structurés de recherche sociale dans les établissements de santé et services sociaux dits de première ligne se produit au Québec sur une période de 18 ans, correspondant formellement à l'établissement du Conseil québécois de recherche scientifique (CQRS) qui préconisait alors la recherche en partenariat. Cette orientation met l'accent sur l'importance de faire de la recherche en 'partenariat', avec une participation institutionnelle d'organismes du milieu (Centres de services sociaux et de santé, syndicats, organismes communautaires, entreprises).

La recherche médicale en milieu clinique (hôpitaux universitaires, centres de recherche clinique), tout comme la recherche et développement (R&D) dans les entreprises, en gestion ou en ingénierie, avaient depuis longtemps établi un tel type de rapport entre 'partenaires'. Certes, il existait déjà plusieurs recherches 'participatives' entre chercheurs universitaires et divers milieux de pratique, sous le signe de la recherche-action ou autres formes reliées, mais il manquait cette reconnaissance publique, dans les grands organismes subventionnaires, d'un tel type de recherche en sciences humaines et sociales. De plus, ces recherches ponctuelles étaient souvent marginalisées dans les centres ou équipes universitaires existants.

Ce souci d'une recherche plus marquée avec les milieux de pratique découlait de préoccupations publiques, en particulier dans le domaine des services sociaux et de santé, d'un souci de rapprocher recherche universitaire et milieu pour rendre plus utile, ou plutôt, plus utilisable les résultats de la recherche par les décideurs et les praticiens. Pour renouveler aussi les objets et les problématiques des recherches universitaires en sciences humaines et sociales,

à partir des problèmes sociaux et des pratiques d'intervention. C'est ainsi que les grands axes ou orientations du programme de subventions du CQRS seront alors arrimés explicitement sur la Politique de santé et bien-être et les priorités qui en découlent. Cela comportait aussi des implications méthodologiques, épistémologiques et éthiques nouvelles : comment faire de la recherche 'orientée' et en 'partenariat' sans que doivent être repensés les modes de définition des objets de recherche, les rapports d'interaction entre chercheurs et milieux des praticiens ou la population étudiée, le partage des résultats, et la reconnaissance des expertises différentes impliquées. La recherche partenariale ne peut plus désormais aborder les milieux de pratique comme un seul 'terrain empirique' observé et analysé à distance par le chercheur.

Démarré en 1992, le programme proposé par le CQRS permettra de fait le développement noté. En 1999, 25 équipes en partenariat sont en fonctionnement. Nous nous limitons ici sur notre expérience au CSSS-CLSC de la Montagne, mais celle-ci s'inscrit dans ce cadre sociohistorique plus large de la recherche en partenariat en tant que nouveau rapport entre la recherche sociale et les milieux de pratique.

### **Une recherche universitaire dans un Centre de Santé et Services Sociaux : le partenariat**

Il convient de rappeler ici le cadre historique de la naissance du CRF, pour situer la petite histoire d'une expérience de recherche, revue ensuite sous l'angle de la sociologie clinique.

#### *Les origines d'une expérience*

Les propos de Robert Sévigny ouvrant ce numéro des Cahiers METISS font état des origines de l'expérience de recherche au CLSC Côte-des-Neiges (CDN), ce que nous ne reprenons pas ici. Nous soulignons cependant certaines caractéristiques structurelles qui marquent ces premières années.

Le CLSC CDN<sup>3</sup> est l'un des pionniers du développement de la recherche en partenariat, sous le leadership de son directeur scientifique, Robert Sévigny, et de la directrice du programme de médecine familiale, Vania Jimenez<sup>4</sup>. C'était en 1992 que naissait, reconnu par le conseil d'administration du CLSC CDN, le Centre de Recherche et de Formation (CRF).

L'implantation de la recherche au CLSC se fait dans une perspective de partenariat. Il s'agit bien d'abord d'une alliance, d'un *partenariat* entre professeurs chercheurs universitaires (au départ, provenant principalement de différents départements de l'Université de Montréal et de Médecine familiale de McGill) et praticiens chercheurs représentant plusieurs champs professionnels du CLSC (médecine, travail social, psychologie...). Mais c'est aussi un partenariat institutionnel, avant la lettre de la reconnaissance de CAU (Centre affilié universitaire). En effet, la direction générale de l'établissement est impliquée dès le début et le

---

<sup>3</sup> Les CLSC (Centre local de services communautaires) sont maintenant intégrés, depuis 2005, dans des structures de regroupement plus vastes que sont les Centres de santé et services sociaux (CSSS). Le nom demeure, en tant qu'unité de services dits de « première ligne », mais ils n'ont plus d'autonomie institutionnelle.

<sup>4</sup> Vous trouverez dans ce numéro des Cahiers METISS un texte issu d'une entrevue avec Robert Sévigny qui élabore les conditions d'implantation et de développement de cette aventure de recherche, et un autre texte, de Vania Jimenez, qui fait état principalement de ses travaux récents dans le cadre du Centre de recherche et de formation.

CRF est reconnu par le conseil d'administration en tant qu'unité administrative interne près du sommet de la hiérarchie. En même temps, la direction est assumée par un universitaire qui est employé de son université et dont la tâche de responsable au CLSC (impliquant une charge à demi-temps) est reconnue par son université. Au départ, cette direction peut compter sur la collaboration interne au CLSC d'un cadre et intervenant (médecin) dont le temps affecté à la recherche doit prendre compte des exigences d'une pratique clinique. Un équipement minimal, une secrétaire à temps partiel, dont les frais sont assumés par l'établissement, constituent le point de départ.

Le développement de la recherche s'appuie rapidement sur la constitution d'une équipe multidisciplinaire incluant des praticiens chercheurs. La première équipe de recherche du CRF reçoit une première subvention de démarrage du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) pour la période 1993-95. La première idée de programmation tournait autour de la famille et de la petite enfance, mais, compte tenu de l'importance de la diversité ethnoculturelle de la population du quartier, issue en grande partie de l'immigration récente, le créneau retenu par l'équipe dans la programmation subséquente est celui de l'intervention en santé et services sociaux (au sens large du terme) en contexte d'une population multiethnique.

Très tôt, cette programmation va s'appuyer sur les recherches menées à la Chaire nouvellement créée, à l'époque, d'Études ethniques (dirigée par Danielle Juteau Lee, à l'Université de Montréal) et par après, sur les travaux du Centre d'études ethniques de l'université de Montréal (CEETUM). En même temps, la collaboration est établie entre le CRF, l'équipe de recherche et divers organismes communautaires du quartier Côte-des-Neiges. Deux mécanismes de concertation sont mis en place dès les premières années pour instituer ce partenariat effectif : *l'Assemblée des chercheurs*, composée des chercheurs oeuvrant au CLSC CDN, incluant ceux de l'équipe CQRS, et *l'Assemblée des partenaires*, formée de représentants de la recherche, d'organismes communautaires et d'autres institutions en Santé et Services sociaux. Un *Conseil scientifique* est également mis sur pied, au moment de la reconnaissance comme CAU, reposant sur une représentation des universités partenaires, de la Direction du CLSC et des chercheurs. Pour sa part, l'équipe de recherche liée au CRF est régulièrement financée par le CQRS jusqu'aujourd'hui, ce que nous détaillons plus loin. D'autre part, le CRF devient le volet Recherche du CLSC CDN reconnu comme Centre affilié universitaire depuis 1998 (CAU)<sup>5</sup>.

Dix-huit ans plus tard, le CRF comprend toujours une direction scientifique assumée par un professeur universitaire à demi-temps (Jacques Rhéaume, UQAM), mais assistée également d'un cadre supérieur du CSSS, affecté à temps complet comme directrice des activités de recherche dans l'établissement (Spyridoula Xenocostas). C'est au tournant des années 2000 que s'est affirmée cette forte implication interne en recherche par l'affectation d'un poste de cadre. Le CRF est un centre recherche qui s'inscrit depuis 1998 en tant qu'établissement reconnu comme CAU, avec comme partenaire principal l'Université McGill et deux autres partenaires, par contrats, l'UQAM et l'Université de Montréal. Il inclut toujours une équipe de

---

<sup>5</sup> Le mode de reconnaissance en tant que Centre affilié universitaire est défini dans la *Loi sur la santé et services sociaux*. Elle désigne des établissements CSSS qui ont un programme de recherche, d'enseignement et de pratiques innovantes suffisamment développé, impliquant un lien privilégié avec une université partenaire et pouvant inclure également des contrats de services avec d'autres universités.

recherche subventionnée par le Fonds québécois de recherche société et culture (FQRSC)<sup>6</sup>, l'équipe METISS (Migration et Ethnicité dans les Intervention en Santé et en Service social). Celle-ci comprend actuellement 28 chercheurs, soit quatorze chercheurs réguliers et quatorze chercheurs associés. Depuis 2007, le CRF peut aussi s'appuyer sur une deuxième équipe de recherche, en santé mentale, « Écoles et santé mentale : une articulation à repenser dans une société en transformation » (FRSQ : 2005-2009; 2009-2012), dirigée par Cécile Rousseau.

Il faut aussi ajouter une quinzaine d'autres chercheurs œuvrant sur d'autres thématiques de recherche reliées à divers aspects de l'intervention en CSSS. Il est à souligner que la recherche dont il est ici question, y compris celle sur la santé mentale, porte essentiellement sur la dimension sociale des interventions en santé et services sociaux. C'est là le premier mandat des CAU, présentant un volet complémentaire à la recherche en santé biomédicale comme telle qui relève de structures distinctes (dans les hôpitaux notamment).

Ce contexte de recherche permet d'assurer une infrastructure viable, comprenant un secrétaire, deux chercheuses d'établissement, un ou deux postes d'agents de recherche, avec l'implication de l'établissement quant aux services techniques, les locaux, les équipements, etc. La désignation du CSSS comme CAU, renouvelée tout récemment en 2007, permet en outre d'offrir un cadre de développement incluant des services d'enseignement (coordination de stages, activités de perfectionnement et autres) et un soutien aux 'pratiques innovantes', le tout regroupé autour de la mission universitaire du CAU, dirigée par un cadre du CSSS. Les travaux du comité Duplantie<sup>7</sup> (2003-2006), dont les recommandations sont en cours d'opérationnalisation au ministère de la Santé et des Services sociaux, ont permis de préciser les composantes principales de 'l'organisation universitaire des services sociaux'. Il est à retenir globalement que le bilan critique effectué sur les activités des six CAU et cinq instituts étudiés conclut à la grande pertinence de lier étroitement recherche universitaire et milieux de pratiques, dans le domaine de la recherche sociale en santé et des services sociaux, tout en constatant la relative fragilité des développements en cours, sur le plan du financement, de l'infrastructure et de l'intégration dans la mission des CSSS.

Mais de quel type de recherche s'agit-il? Quelles en sont les caractéristiques, les possibilités, les impacts, les limites? Ces pratiques de recherche sont certes différenciées, mais elles partagent un grand nombre de points communs. Nous tenterons de répondre à ces questions à partir de l'expérience propre au CSSS de la Montagne, regroupant les anciens CLSC Côte-des-Neiges, Parc-Extension et Métro<sup>8</sup>.

### **Évolution d'une programmation de recherche vers une orientation populationnelle**

En parcourant les diverses demandes de subventions d'infrastructure, pour l'équipe financée par le CQRS, puis le FRQSC et celles pour le CAU depuis 1998, nous pouvons noter la grande

---

<sup>6</sup> Le FQRSC prend la relève, en 2003, du CQRS et d'autres organismes subventionnaires pour les arts et l'éducation.

<sup>7</sup> Du nom de son président, M. Jean-Pierre Duplantie, alors directeur général du Centre jeunesse de Montréal

<sup>8</sup> Le territoire des trois CLSC comprend une population de 220,000 personnes, à prédominance pluriethnique dans les cas des quartiers Côte-des-Neiges et Parc Extension. Voir site web : <http://www.santemontreal.qc.ca/csss/delamontagne>

continuité des orientations et la progression de la problématique théorique. Reprenons simplement ici les intitulés des thèmes et axes de recherche depuis 1993. Cela représente la composant «contenu» de l'approche clinique en recherche, que nous développons dans un second point.

### **L'équipe du CRF, 1993-2000**

1993-95 (Équipe en émergence : CQRS)<sup>9</sup>: Robert Sévigny-Vania Jimenez

Thématique : **Enfants en difficultés, familles et cultures.**

*Axe A : Les effets de la rupture avec la culture d'origine sur les représentations et les pratiques familiales en milieu multiculturel.*

*Axe B : L'intervention à l'endroit des familles en difficultés dans les communautés culturelles.*

Cette première orientation, axée sur enfance et famille, est redéfinie fortement dans la prochaine demande d'équipe qui élargit la perspective à toute la «clientèle» du CLSC, en mettant l'accent sur la diversité ethnoculturelle de cette population.

1995-97 (Équipe en fonctionnement : CQRS) : Robert Sévigny-Vania Jimenez

Thématique : **Services de santé et services sociaux de première ligne en milieu pluriethnique. Connaissance de la clientèle et analyse des interventions.**

*Objectif a) La connaissance des clientèles pluriethniques actuelles et potentielles des services de santé et services sociaux de première ligne.*

-La migration et l'acculturation : une adaptation modulée.

-Facteurs de « risque » et de « protection » et l'expérience particulière à chaque migrant.

*Objectif b) L'analyse des interventions dispensées à ces clientèles.*

- Les services et les interventions : échecs et succès.

- L'intervention : un lieu d'ajustement réciproque.

1997-2000 (Équipe en renouvellement : CQRS) :

Robert Sévigny-Vania Jimenez

Thématique : **Services de santé et services sociaux de première ligne en milieu pluriethnique.**

---

<sup>9</sup> Tiré du «Rapport d'activités 1993-95, Demande de subvention 1995-1996», p. 19 et 20.

*Objectif 1. Connaissance de la clientèle* : les facteurs de risque et de protection de la clientèle; identification des problèmes par la clientèle elle-même, et des attentes et besoins de celle-ci ainsi que ses compétences et savoirs.

*Objectif 2. Savoir des intervenants* : les savoirs implicites et explicites des intervenants, leur dynamique d'acquisition et leurs effets sur les processus d'intervention.

*Objectif 3. Interventions* : évaluer les effets d'intervention en place; identifier les processus de succès et d'échec;

[Transfert des connaissances] : évaluer l'application des résultats de nos recherches antérieures, les processus d'intervention découlant de ces résultats et leurs effets sur les clientèles; identifier les besoins et outils de formation nécessaires et mettre en œuvre les modes de transfert des connaissances.

Il est à noter que la question du transfert est intégrée dans la programmation de recherche et non dans une rubrique distincte, comme c'est le cas dans les demandes actuelles. La formulation même des objectifs et thèmes de recherche exprime un virage de plus en plus net vers la dimension «clinique» de la recherche, axée sur la compréhension de l'autre et sur la relation savoir et pratique.

### **Le statut de CAU, 1998-2001**

En 1997, une demande est faite pour devenir Centre affilié universitaire, ce qui sera accordé pour la période 1998-2001. Trois grands critères : un programme de recherche, des activités d'enseignement universitaire, des pratiques innovantes.

En ce qui concerne la recherche, le programme présenté est celui de l'équipe financée par le CQRS en 1997, soit peu avant la demande CAU. En effet, la thématique de l'équipe et les trois axes sont les mêmes que ceux du CAU. Le tout jugé 'excellent' par le CRQS.

Il est à noter que la dimension recherche, première dimension évaluée, l'est par l'organisme subventionnaire de recherche, en l'occurrence le CQRS. Les deux autres dimensions et l'ensemble sont évalués par un comité consultatif du ministère de la Santé et des Services sociaux, la décision d'accorder la désignation de CAU, prévue à l'article 91 de la Loi sur la santé et les services sociaux, revenant au ministre de la Santé. Une des conditions supplémentaires dans cette évaluation est l'acquisition régulière de l'agrément du CLSC (et bientôt CSSS) comme institution d'excellence.

### **L'équipe du CRF-CAU, 2001-2004**

2001-2004 (Équipe en renouvellement : CQRS) :

Jacques Rhéaume-Suzanne Descoteaux.

Thématique : **Services de santé et services sociaux en milieu pluriethnique : la dynamique des acteurs dans l'intervention.**

Objectif principal : mieux comprendre la *dynamique des acteurs* (individus et institutions) et les enjeux sociaux dans lesquels elle s'inscrit en vue d'adapter de façon pertinente et efficace leurs actions.

*Axe 1 : La connaissance des acteurs.*

*Axe 2 : Les enjeux autour de la citoyenneté.*

*Axe 3 : Les enjeux « communautaires »* (communautés ethniques comme communautés de pairs; communautés locales ou organismes communautaires; la communauté politique).

## **Le CAU, 2001-2006**

(Renouvellement du statut de CAU)

À l'automne 2001 (délai autorisé pour la demande 2001-2006), la présentation de la demande pour la dimension recherche, au CQRS, suit les grandes lignes de la présentation de l'équipe présentée en 2000, à quelques nuances près. C'est un peu le même scénario qu'en 1998, l'équipe représentant la majeure partie des projets de recherche en 2000 et étant évaluée et renouvelée juste avant la demande CAU.

## **L'équipe devenue METISS<sup>10</sup>, 2004-2008**

2004-2008 (Équipe en renouvellement : FQRSC) :

Jacques Rhéaume<sup>11</sup> [Spyridoula Xenocostas]<sup>12</sup>

**Thématique : Services sociaux et de santé en milieu pluriethnique : vers une pratique de citoyenneté inclusive. Équipe METISS (Migration et Ethnicité dans les Interventions en Santé et en Service social**

*Axe 1 : Immigration et processus d'établissement-intégration.*

*Axe 2 : Rapports de savoirs/de pouvoirs.*

*Axe 3 : Ethnicité, racisme et discrimination.*

## **Le CAU dernière mouture, 2007-2012**

Automne 2006. Cette fois, les règles pour la recherche, déterminées par le nouvel organisme FQRSC (2003), se précisent et il est exigé de produire un programme de recherche global du CAU qui déborde celle d'une seule équipe, qui, elle, doit représenter un complément, une « valeur ajoutée » à une programmation de base. C'est pourquoi nous retrouvons cette fois une programmation comprenant plusieurs thématiques, avec toujours la même orientation générale cependant :

---

<sup>10</sup> Le nom METISS (Migration et Ethnicité dans les Interventions de Santé et de Service social), pour désigner l'équipe CQRS, apparaît déjà dans la demande CAU de 2001.

<sup>11</sup> En 2003, le CRQS est remplacé par le FQRSC et de nouvelles normes de projet sont posées, dont l'exclusion comme membres de l'équipe des praticiens-chercheurs. La demande n'est présentée que par un universitaire. Ces normes vont heureusement changer dans les années subséquentes et inclure à nouveau les praticiens-chercheurs.

<sup>12</sup> Cadre supérieure au CLSC, directrice des activités de recherche du CRF-CAU, co-directrice de fait de l'équipe.

*Orientation générale : L'intervention de première ligne en santé et services sociaux en contexte pluriethnique*

Il est fait état dans le document de présentation (p.16) d'une première programmation de recherche structurée du CAU établie en 2004, au moment de la présentation du renouvellement de l'équipe METISS. Celle-ci reposait sur quatre thématiques :

Thématique I : Migration et ethnicité : vers une citoyenneté inclusive (correspondant à la programmation de l'équipe METISS).

Thématique II : Les déterminants sociaux de la santé.

Thématique III : L'évaluation des programmes et pratiques.

Thématique IV : Intersectorialité et actions communautaires.

Cette programmation est reprise autrement dans la demande de l'automne 2006 :

Thématique I. Migration et ethnicité. Vers des pratiques de citoyenneté inclusive (thématique assumée par l'équipe CQRS, METISS)

Les mêmes axes de l'équipe sont repris :

*Axe 1 : Immigration et processus d'établissement et d'intégration.*

*Axe 2 : Rapports de savoirs et rapports de pouvoirs.*

*Axe 3 : Ethnicité, racisme et discrimination.*

Thématique II. Santé et pratiques de soins adaptées à une clientèle diversifiée.

*Axe 1 : Petite enfance, famille et parentalité.*

*Axe 2 : Genres et santé.*

*Axe 3 : Santé mentale, des jeunes aux personnes âgées.*

Thématique III. Actions concertées et dynamique des acteurs.

*Axe 1 : Intersectorialité et intégration des pratiques.*

*Axe 2 : Action communautaire.*

Dispositif transversal : Laboratoire d'observation de la population du CSSS de la Montagne

*Volet A : Observation et analyse populationnelle.*

*Volet B : Soutien à la planification des programmes et services.*

*Volet C : Recherche évaluative.*

La mise en place de ce laboratoire reprend la thématique III du programme de 2004 en l'élargissant à l'ensemble des programmes et services dans une perspective de *responsabilité populationnelle*.

## **L'équipe METISS, 2008-2012**

2008-2012 (Équipe METISS en renouvellement : FQRSC) :

Catherine Montgomery<sup>13</sup>, Spyridoula Xenocostas

**Thématique : Parcours migratoires et citoyenneté inclusive : services sociaux et de santé en contexte pluriethnique.**

*Axe 1 : Dynamique d'inclusion/exclusion dans les parcours migratoires.*

*Axe 2 : Rapports de savoirs et de pouvoirs.*

*Axe 3 : Transnationalisme, enjeux identitaires et appartenances plurielles.*

**Tableau Récapitulatif 1. Nombre de membres de l'équipe de recherche et du CAU d'après les données produites dans les diverses demandes de subvention faites au CQRS/FQRSC, 1993-2008**

Équipe CQRS ou FQRSC (2004)	Membres réguliers - universitaires	Membres réguliers - praticiens chercheurs	Membres collaborateurs (universitaires) /partenaires	Total membres	Projets de recherche terminés ou en cours
1993-1995	5	5		10	4
1995-1997	8	5		13	10
1997-2000	10	7		17	46
2001-2004	14	10		24	43
2004-2008	8	8		16	44
2008-2012*	11	3	8/6	28	37
<b>CAU (recherche)</b>					
1998-2001	10	7	17/39	34/39	54 incluant : 32 en équipe
2001-2006	11	18	18/26	47/26	132 incluant 50 en équipe
2007-2012*	11	18	18/26	47/26	67 incluant 37 en équipe

\*Le nombre des projets est celui des projets en cours, soumis ou en développement au moment de la demande, soit au début de la période.

<sup>13</sup> Il est à noter que la nouvelle responsable de l'équipe est chercheure d'établissement et reconnue comme telle par le FQRSC. Encore ici, c'est en tant qu'universitaire ou l'équivalent qu'elle porte seule la demande, et cette fois, les praticiens chercheurs sont inclus dans l'équipe, d'où la co-responsabilité de la directrice des activités de recherche, Spyridoula Xenocostas.

### **Une recherche orientée, l'intervention de première ligne en contexte pluriethnique.**

Déjà nous pouvons noter quelques éléments «de surface» permettant de caractériser ce champ de recherche à partir de la programmation des contenus.

Le cadre premier de la recherche est celui de la pratique, pratique d'intervention de première ligne en CLSC et auprès d'une population située dans un territoire spécifique. Le point de départ est limité : des interventions auprès de la famille, dès la petite enfance. Puis, cela s'étend à toute la clientèle et finalement à la population du territoire. L'objet spécifique est la diversité pluriethnique de cette clientèle, issue de l'immigration. C'est le créneau constant de recherche du CRF.

Les premiers programmes sont caractérisés par une orientation plus descriptive (connaissance de la population et de la clientèle; analyse des représentations des acteurs). Un souci d'évaluation des pratiques et du transfert de connaissances au sens des effets de la recherche sur les pratiques est présent dès le début. Puis, à partir surtout de la programmation de l'an 2001 (Équipe) et plus encore en 2004, les orientations sont plus critiques, abordant la question de l'exclusion, des rapports de savoirs et de pouvoirs, des effets possibles du racisme et de la discrimination. Cependant, des objectifs de connaissance et d'analyse sont toujours présents, autour des parcours migratoires, des caractéristiques populationnelles, des représentations.

Un virage majeur se produit avec la désignation de CAU, et surtout avec le cadre beaucoup plus élaboré et contraignant posé par le FQRSC à partir de 2003-2004. C'est aussi la période de la Réforme du système de santé, de l'abolition des CLSC et la création des CSSS. Qu'il suffise ici de noter que la recherche est appelée à correspondre à un champ plus large, celui du CAU, et que l'équipe où les équipes sont des parties de la programmation qui correspond à ce champ, valeur ajoutée à ce qui par ailleurs doit se suffire comme programmation : une équipe doit être complémentaire et distincte.

Plus largement, la Mission universitaire d'un CSSS-CAU implique une articulation serrée de recherche, de formation et de pratique innovatrice. Cela oblige de bien intégrer ce qui existait déjà comme relativement séparé : l'enseignement et les stages, les pratiques et projets expérimentaux ou innovateurs et la recherche. En fait, dans les critères d'évaluation de la recherche en CAU, comme dans les équipes, des indicateurs nouveaux apparaissent. Au-delà de la diffusion des résultats de recherche, il est fait état de transfert effectif de connaissance dans la pratique et de valorisation des résultats de recherche dans des outils ou des pratiques innovants. Cette élaboration milite bien, en un sens, pour une 'approche clinique' en recherche.

### **La dynamique complexe de la participation et la «sociologie clinique»**

Cette évolution, certes remarquable, de la programmation de recherche au CRF-CAU est indissociable d'une «pratique de recherche» qui s'enracine, dès le départ, sous l'influence de Robert Sévigny et aussi celle des premiers collaborateurs, dans un partenariat étroit entre chercheurs universitaires et praticiens du milieu. Nous pouvons situer cette pratique sociale de

recherche en santé et services sociaux comme une pratique de 'sociologie clinique' dont il convient de préciser les principales caractéristiques. Nous le ferons en évoquant les dimensions les plus pertinentes de la dynamique complexe des acteurs et des dispositifs institutionnels qui sous-tend une telle orientation.

### **Approche de « sociologie clinique »**

Le terme « clinique » doit être compris ici dans un sens métaphorique<sup>14</sup>, empruntant à la notion de clinique cette idée de la proximité et de l'implication d'intervenants auprès des personnes («klinè», c'est être auprès du lit, pour aider une personne souffrante). Par analogie, une clinique du social, et en particulier, celle de chercheurs dans le domaine social de la santé, c'est intervenir avec les gens, les groupes sociaux dans le souci d'être utile, tout en utilisant des savoirs éprouvés, se référant à des sources académiques ou professionnelles (Enriquez et al, 1993). Le terme « sociologie » désigne l'orientation donnée, celle de la recherche sociale, le terme devant être vu ici davantage comme métonymie<sup>15</sup> des diverses disciplines des sciences humaines et sociales, voire biologiques et médicales, qui développent, en tout ou en partie, une perspective sociale (psychosociologie, anthropologie, médecine...). Dans l'expérience de recherche menée au CRF, nous sommes confrontés à une multiplicité de méthodes de recherche, des plus classiques aux plus cliniques. Adopter une perspective de 'sociologie clinique', c'est tenter d'établir des ponts entre ces diverses approches autour d'un projet : davantage relier les recherches et les pratiques d'intervention, produire des connaissances qui s'inscrivent au cœur des pratiques sociales d'intervention auprès d'une population de quartiers (voire de villes et régions) caractérisée par une grande diversité culturelle liée en particulier aux mouvements d'immigration.

L'approche clinique en sociologie, et il faut entendre ici plus largement, en sciences sociales et humaines, et certains domaines des sciences biomédicales, est une certaine façon de faire autrement de la recherche sociale, comme pratique méthodologique, au sens large du terme. Le schéma de base comprend une *phase d'entrée* incluant des intervenants chercheurs mis en lien avec des porteurs d'une demande de recherche et d'intervention, l'analyse de la demande et l'établissement d'un contrat et d'un protocole d'intervention. Suit une phase qualifiée souvent de «*diagnostic*», impliquant une analyse des situations qui fait ressortir, à partir d'une problématique de départ, les lignes de force de la situation étudiée, des hypothèses explicatives, des tendances, des conclusions provisoires. Cette phase est normalement suivie de l'élaboration, par les mêmes intervenants ou d'autres, d'un *plan d'action* et d'une stratégie d'intervention destinée à apporter des solutions appropriées et adaptées aux problèmes posés au départ. Une dernière phase, *évaluative*, permettrait d'apprécier les résultats obtenus en lien avec la situation de départ. Ce schéma d'ensemble correspond à la fois à une logique d'action et d'intervention et à une logique de recherche dite participative. C'est là une référence première de la sociologie clinique. Dans les divers documents produits par le CRF, nous retrouvons cette orientation de base touchant la façon même de conduire la recherche, de faire de l'information et de la «diffusion», de relier progressivement recherche et formation,

---

<sup>14</sup> Métaphore : Un terme concret faisant image (clinique médicale), à qui il est donné un sens plus abstrait (le rapport de proximité et d'interaction en recherche) dans un autre domaine. (Inspiré du Petit Robert)

<sup>15</sup> Métonymie : une référence conceptuelle (la sociologie) pour référer à une notion plus englobante (la vie sociale), un lien nécessaire, mais ici inclusif. (ibidem).

enseignement et pratiques innovantes. Notons toutefois, et ceci est un point majeur : ce ne sont pas toutes les recherches menées au CRF qui présentent l'ensemble des caractéristiques «cliniques» que nous allons décrire, mais la plupart en respectent certains éléments, dont les conditions d'insertion dans le milieu et le retour aux intéressés des résultats obtenus. Un certain nombre, soit environ le quart des recherches, correspondent plus étroitement à ce schéma type.

*a) Une recherche et une intervention entre des partenaires*

Une recherche clinique découle d'une commande portée par les représentants d'un collectif demandeur. La «demande sociale»<sup>16</sup> derrière cette commande de recherche repose le plus souvent sur un questionnement plus radical des groupes et pratiques mis en cause dans la commande. Chacune des recherches de ce type présente des particularités, mais toutes nécessitent plusieurs rencontres préalables de négociation entre les diverses parties représentées pour rendre plus explicite encore la «demande».

Notons que la position du chercheur n'échappe pas au questionnement soulevé. Il reçoit une commande, mais il poursuit des intérêts propres liés à son statut de chercheur universitaire, au sein de l'Université ou d'organismes similaires. Il est porteur aussi d'une certaine approche qu'il valorise, en tant que sociologue, anthropologue, médecin, psychologue ou professionnel d'une autre discipline. C'est là aussi une posture de 'demande' sociale du chercheur dans son institution et son travail de chercheur.

Dans les recherches sociales cliniques réalisées dans le cadre du CSSS de la Montagne, les «commandes» proviennent de gestionnaires, résultent de sondages auprès des professionnels ou sont suscitées par des «offres» de chercheur auprès des acteurs du milieu<sup>17</sup>. Il y a, dans une approche clinique, constitution d'un groupe consultatif ou groupe de pilotage impliquant chercheurs, gestionnaires ou représentants du milieu visé. Notons aussi que dans la plupart des cas, ces recherches ont fait l'objet de demandes de subventions dans le cadre de concours d'organismes gouvernementaux, provincial ou fédéral. Des protocoles sont alors élaborés et les projets sont examinés par des jurys indépendants, démarche qui suppose un certain nombre de contraintes institutionnelles en recherche.

Le travail autour de la «demande» n'est jamais une simple réponse à une commande ou à une offre, mais un processus de négociation autour d'objectifs complémentaires culminant dans la formulation d'une entente, d'un contrat. Certaines dispositions sont alors précisées : la confidentialité; l'anonymat des individus, voire de l'établissement;

---

<sup>16</sup> Cette distinction entre commande et demande nous vient de René Lourau et l'analyse institutionnelle, permettant de distinguer le caractère explicite et formel d'une demande et ses implicites ou dimensions plus structurelles qui reposent sur des aspects plus profonds de la situation sociale de la commande. Il y a une analogie à faire, dans la clinique psychologique ou médicale, avec la distinction entre les symptômes et les «causes» plus profondes, psychiques ou organiques.

<sup>17</sup> Il peut paraître étrange de situer dans la commande, l'offre des chercheurs. Il s'agit certes d'un raccourci, mais qui témoigne de la complexité des démarches de recherche. L'initiative d'un chercheur et ses intérêts peuvent effectivement déclencher une commande authentique du milieu qui s'approprie cette initiative en la transformant. Et dans tous les cas, nous retrouvons les enjeux de la «demande sociale».

l'appropriation par les acteurs participants et les chercheurs des résultats de la recherche, dont le rapport de recherche; le temps des rencontres, sur les lieux de travail ou autrement, et dans les horaires appropriés; la liberté académique dans la diffusion des résultats de recherche; à l'occasion, le financement des libérations requises pour les travailleurs; les dépenses de fonctionnement, le salaire d'agents de recherche. Et c'est à ce moment également que sont précisées les orientations «cliniques» plus fondamentales. Très souvent, la «commande» des gestionnaires, des intervenants ou des participants du milieu s'inscrit dans un schéma pragmatique de résolution de problème et d'attentes d'expertise «extérieure» quant aux voies de solutions à apporter. L'offre d'une recherche clinique axée sur démarche de compréhension collective de la situation, partagée, surprend et nécessite un changement de cadre de référence. Par ailleurs, la réponse des chercheurs se doit de résister à une logique d'expertise qui s'appuie sur cette tendance plus générale en recherche de voir les milieux de pratique comme un simple «terrain» et les autres acteurs comme fournisseurs de «données».

Ce dernier point mérite d'être souligné. Dans des projets de recherche, les chercheurs impliqués sont dans la position de chercheurs universitaires ou équivalents (chercheurs d'établissement). Cela favorise au départ une certaine indépendance, comme peut le permettre, et dans ces limites, le statut universitaire de salariés publics. Ces recherches font partie de leurs activités normales d'universitaires, impliquant la diffusion de résultats et l'avancée de connaissances. Mais dans le cadre plus général d'une recherche d'orientation clinique, inséparable d'un contexte d'action, les chercheurs sont porteurs d'un souci d'aide à la compréhension et à l'action. La posture est alors celle d'une implication critique, d'une aide effective fondée en tant que telle sur une écoute et une distance réflexive, mais une aide «impliquée», qui interpelle activement les positions du chercheur, ses valeurs, son savoir, ses attitudes.

*b) Un dispositif relationnel d'échange de savoirs comme source de changement*

Une approche de sociologie clinique se distingue d'une approche plus classique de type expérimental ou d'expertise, où les chercheurs prennent une distance certaine des milieux étudiés et adoptent une posture d'extériorité. Une approche clinique repose sur un travail de co-analyse entre chercheurs et autres acteurs participants. Elle se dissocie partiellement, par ailleurs, d'une stricte démarche rationnelle de résolution de problème, centrée sur une pragmatique technique de «Problème à résoudre». L'univers épistémologique de référence de l'approche clinique est plutôt celui d'une herméneutique critique, c'est-à-dire une approche où le souci de compréhension du sens et des significations des situations vécues est premier, impliquant toutefois une analyse des rapports sociaux de pouvoir et la prise en compte des dimensions affective et existentielle de l'expérience des sujets et acteurs sociaux impliqués. Souci clinique aussi, le travail d'une connaissance partagée est condition de changement : il est déjà action par l'analyse.

Cela n'exclut pas d'autres formes d'action ultérieures nécessaires et le travail clinique n'exclut pas non plus l'apport, dans le processus de recherche, de données provenant de différentes méthodes de mesure, d'analyse de documents, d'observations systématiques. Dans une démarche clinique, ces apports sont complémentaires à la réflexion clinique,

voire nécessaires. La différence d'une approche clinique est moins, pour la partie du travail des chercheurs, dans les techniques de production de données ou la construction de modèles explicatifs, que dans ce qui en est fait avec les autres acteurs participants.

*c) Le groupe et l'échange des savoirs, un dispositif clinique de base*

La recherche de type clinique repose de façon privilégiée sur la relation vivante établie entre intervenants chercheurs et interlocuteurs participants, gestionnaires, intervenants, «citoyens» ordinaires<sup>18</sup>. Il y a des différences de statuts et de rôles, mais au départ, il y a un rapport de partenariat («qui prend part, fait partie») où chacun est défini et perçu comme sujet et acteur social, et «sujet qui sait».

Les rencontres interpersonnelles en dyades ne sont pas exclues, ni les présentations et discussions en assemblées plus larges, ni d'autres moments de recherche impliquant d'autres techniques ou méthodes. Mais le cœur du dispositif clinique le plus significatif, dans les recherches menées, est le groupe restreint ou le collectif de recherche ou d'enquête. Il y a plusieurs contextes de groupe. Par exemple, il y a les rencontres préliminaires entre demandeurs, représentants du milieu, chercheurs, au moment de l'entrée. Il y a surtout les rencontres de recherche comme telles avec les «collectifs d'enquête» formés des chercheurs et «partenaires» : groupe de pilotage, entrevues de groupe, bilans d'étape. C'est souvent dans ces rencontres de discussion et de débat que se produit le moment clinique principal dans la démarche, moments d'expression du vécu d'expérience, d'analyses et d'interprétations partagées entre chercheurs et autres participants. Il y a aussi les rencontres de groupe entre chercheurs et leurs assistants (étudiants, professionnels de recherche). Et il y a les groupes d'après, en fin de recherche, dans la discussion des résultats et des suivis.

À cet égard, et reprenant en partie les contributions de l'analyse institutionnelle, il convient de relever l'enjeu majeur dans la recherche clinique qu'est la prise de parole et *l'échange des savoirs*. Cette dimension a fait l'objet d'une réflexion constante et de présentations écrites<sup>19</sup> ou orales fréquentes au CRF, questionnant la notion de «transfert» de connaissance trop souvent unilatéral (du chercheur vers des récepteurs, même accueillants) ou trop linéaire, situant l'appropriation de la connaissance «après» les résultats de la recherche faite par chercheurs. C'est ce qui permet de distinguer, dans des formats ou dispositifs d'apparences similaires, la posture du clinicien et celle de l'expert ou de l'autorité dominante.

Le rapport entre la théorie et la pratique, au cœur de l'approche clinique, repose sur un échange de savoirs spécifiques et différenciés entre les différents acteurs impliqués. Ces savoirs ont leur légitimité propre, irréductibles l'un à l'autre, et sont à ce titre, de valeur

---

<sup>18</sup> Nous retrouvons encore ici cette difficulté récurrente de définir cet «autre» acteur social, qui n'est pas le chercheur, l'intervenant, le gestionnaire, voire le membre, et qui pourtant est au cœur de la recherche, ces personnes du milieu que l'on veut mieux comprendre et associer.

<sup>19</sup> Une première esquisse d'une politique en ce sens fut produite en 1997 au CRF et reprise depuis dans les divers protocoles de renouvellement de demandes de subventions.

«équivalente»<sup>20</sup>, appelant une épistémologie pluraliste plutôt que celle, hiérarchique, qui domine actuellement l'institution des savoirs. Sont ainsi mis en rapport un savoir scientifique et académique<sup>21</sup>, porté par les chercheurs principalement; un savoir pratique et professionnel, incarné surtout par les intervenants spécialisés; et un savoir d'expérience et de sens commun qui se retrouve aussi bien chez les chercheurs et les autres intervenants, ce qui permet d'établir le langage commun de dialogue. Trois types de savoirs institués<sup>22</sup>, trois types de discours qui s'entremêlent et se confrontent dans les moments de rencontres, en groupe ou autres contextes d'interaction. Trois types de savoirs, comme processus de connaissance dont les frontières sont fluides et qui s'interpénètrent : le savoir scientifique est aussi accessible aux professionnels et aux non spécialistes. Le savoir pratique du professionnel peut aussi être partagé.

Les rapports ordonnés et hiérarchisés des savoirs se produisent aussi au cœur de l'Académie ou de l'Université, prise comme institution de référence. Une approche clinique multidisciplinaire : psychologique, sociologique, anthropologique, biomédicale, travail social, sciences infirmières... va aussi exiger un échange de savoirs scientifiques institués. Ce que nous disions des rapports entre diverses formes de savoirs est vrai aussi des rapports intra-académiques et scientifiques. Les échanges interdisciplinaires se font à des moments stratégiques : à l'entrée, dans la phase d'analyse de la demande, et surtout, dans la phase d'analyse des propos recueillis lors des collectifs d'enquête et dans la préparation du rapport.

Et c'est aussi à partir de cette différenciation des savoirs que se situe le débat entre les différentes appellations dites de sociologie clinique ou d'approche clinique en sciences humaines et sociales. En effet, si les chercheurs des diverses disciplines évoquées peuvent se reconnaître, en tout ou en partie, dans la démarche clinique que nous venons d'esquisser, peu vont se reconnaître dans l'étiquette «sociologie clinique», qui, dans le contexte présent, prend valeur de métonymie du champ social (Enriquez et al, 1993). Notons toutefois, et c'est là une volonté d'affirmation disciplinaire, qu'il y a un effort concerté, chez des sociologues, pour donner un sens plus restreint à cette appellation (Gaulejac et al, 2007; Fritz, 2008; Rhéaume et Mercier, 2008), sans pour autant négliger les collaborations interdisciplinaires.

Dans tous les cas, mentionnons simplement que certains enjeux centraux se posent dans toute approche clinique des sciences sociales, humaines, biomédicales : la place accordée à l'individu dans les rapports sociaux (place centrale dans une perspective clinique); la posture du chercheur, entre implication et neutralité, engagement et objectivité; les modes

---

<sup>20</sup> Équivalente, dans la mesure où ces formes de savoirs correspondent bien à des univers de pratique spécifiques apparaissant alors les plus pertinents et adaptés pour chacun de ces contextes. L'équivalence ici en est une de valeur des fonctionnalités respectives.

<sup>21</sup> Nous avons développé ailleurs (Rhéaume, 2007) la distinction à faire entre un processus de connaissance et son institutionnalisation sociohistorique. Par exemple, le savoir scientifique et le savoir académique ou universitaire, lieu institué de ce type de savoir.

<sup>22</sup> Il est important de noter qu'il s'agit là des trois formes de savoirs ou de connaissances les plus présentes. Mais deux autres formes de savoirs, de processus de connaissance, institués seraient aussi à prendre en compte : le savoir esthétique et artistique, et le savoir spirituel et religieux. Ils sont présents au cœur de toute expérience humaine et sont partiellement présents aussi dans l'intervention et la recherche.

de connaissance, entre description, compréhension, explication et preuve; les modalités méthodologiques; et la notion de sujet et d'acteur social.

### **Une éthique émancipatoire**

L'approche clinique implique un cadre éthique et déontologique où sont définies les limites et les règles de la participation des différents acteurs : le volontariat, la liberté d'expression, la confidentialité des propos échangés entre les individus ou dans les groupes de rencontre. Au-delà de ces règles déontologiques classiques, une approche clinique du social introduit deux autres règles. Une première est en continuité avec la posture éthique fondamentale qui correspond à l'ouverture démocratique qui permet l'échange des savoirs sur des bases pluralistes, plus égalitaires et complémentaires : tous peuvent s'exprimer et participer aux diverses phases de la recherche. Une seconde règle en découle, que l'on peut qualifier de visée émancipatrice : la recherche favorise l'expression d'une parole qui se traduit en action susceptible de réduire les inégalités sociales. Cela se fait à deux niveaux. Il y a d'abord la façon même de produire la connaissance dans l'approche clinique qui remet constamment en cause l'institution hiérarchique du savoir. Mais il y aussi la visée plus large de miser sur les effets de conscientisation, des savoirs partagés entre chercheurs, professionnels et participants, pour poursuivre dans l'action une participation et une réappropriation plus grande de son pouvoir, d'accroître son pouvoir d'agir en tant qu'acteur social (*empowerment*).

Ces quelques principes entraînent une exigence de coresponsabilité, une exigence de reconnaître, entre les acteurs impliqués, les contributions respectives dans l'interprétation, l'analyse et la diffusion des résultats de recherche ou d'intervention. Suivant les cas, et dans la mesure où s'affirme une véritable coproduction des savoirs, il est à prévoir des formes partagées de diffusion et de publication, suivant des modalités variables.

### **«Transfert», «diffusion», «valorisation», «formation»**

La production d'une recherche, suivant une approche clinique telle que définie, est déjà un mode d'appropriation forte des connaissances relatives à une pratique sociale. Les moments plus «classiques» de suivis d'une recherche – conférences-midi, colloques, journées d'études, écrits dans des revues, production de rapport – peuvent aussi être marqués d'une orientation d'échange de savoirs et d'une perspective clinique. Des présentations communes entre chercheurs et intervenants, des participations mixtes à la production «d'outils», de guides, de protocoles d'intervention sont d'autres exemples développés au CSSS et reconnus, voire exigés, des organismes subventionnaires, même si dans ce dernier cas la perspective du «transfert de connaissance», au sens où nous l'évoquons plus haut, demeure plus présente.

Il apparaît également que la formation, impliquant chercheurs, formateurs et participants, est un dispositif qui peut devenir une source privilégiée d'une orientation de recherche

clinique, dans la mesure où cette formation (séminaire, ateliers, journées d'étude) respecte précisément le schéma clinique évoqué : réponse à une commande et demande sociale, mise en place d'un dispositif participatif d'échanges de savoir, pédagogie participative et critique. Cette formation peut s'appuyer sur une ou plusieurs recherches. Mais elle peut aussi être source d'une démarche qui aboutit à des activités spécifiques de recherche dont elle constitue alors un premier moment. L'expérience sur plusieurs années maintenant de la formation interculturelle est un bon exemple de cette complémentarité entre recherche et formation. Divers projets d'analyse des pratiques d'intervention vont aussi en ce sens.

## **Conclusion**

Il convient de parler d'une approche clinique des sciences sociales et humaines du travail, en précisant au besoin certaines disciplines privilégiées pour éviter la confusion que peut revêtir la seule notion d'une clinique sans référents disciplinaires explicites, et pour préciser qu'il s'agit bien d'une façon toute particulière de faire de la recherche, inséparable alors de l'intervention. Aussi, quand nous disons que l'expérience de recherche au CRF du CSSS de la Montagne peut s'appuyer sur une approche de 'sociologie clinique', il faut le comprendre comme une métonymie aussi bien qu'une métaphore, la sociologie étant 'le social' présent dans les diverses recherches entreprises, suivant par ailleurs diverses disciplines, et la «clinique» un mode de proximité, d'implication réciproque et d'échange de savoirs entre chercheurs, intervenants et gestionnaires «praticiens», «usagers» et «citoyens».

Le travail entre chercheurs et la confrontation des différents savoirs disciplinaires est certes un moment important d'une démarche clinique : il demeure difficile et un véritable défi. Fondé sur un travail réflexif réalisé dans les groupes ou des collectifs d'enquête, ou de formation, entre participants et chercheurs, il repose sociohistoriquement sur des rapports inégalitaires de savoirs institués. Chaque détenteur ou porteur d'une forme de savoir – scientifique, pratique, d'expérience – affirme souvent, au départ (et cela peut durer longtemps), sa spécificité, sans la partager vraiment. Le travail d'une recherche sociale clinique consiste précisément à introduire un dialogue, au sens critique du terme (Freire, 1974), d'amorcer un processus qui ne peut s'approfondir que dans la durée. Pour reprendre les termes de Paulo Freire, il s'agit d'une confrontation des cultures, celles des savoirs scientifiques et pratiques, visant à opérer des changements significatifs entre les partenaires, appelés à modifier leur cadre de référence afin d'en arriver à une nouvelle synthèse culturelle. Nous pourrions dire, pour paraphraser les orientations du CRF-CAU de la Montagne, afin d'en arriver à un métissage des formes de savoirs.

Ce projet d'une sociologie clinique en milieu de pratique est un «idéal-type», pour reprendre une notion webérienne. Le développement de plusieurs projets de recherche, de plusieurs contextes de formation et d'enseignement, voire la réalisation de pratiques «innovantes» incluant un processus d'évaluation, réalisent déjà en grande partie cet idéal de référence et permettent d'en fonder la pertinence concrète. Ce projet permet aussi de proposer une orientation susceptible de rallier progressivement d'autres pratiques définies actuellement suivant un autre «idéal-type»: celui du chercheur «en extériorité», produisant un savoir «objectif» et loin des acteurs étudiés, celui du formateur expert, diffusant des

connaissances à des publics réceptifs. L'aventure même d'une recherche partenariale en CSSS-CAU peut comprendre ces deux types de démarches. Mais la perspective globale, celle de produire des pratiques innovantes et critiques pour la population d'un territoire donné, offre un horizon favorable à une vision clinique de la recherche sociale en santé et services sociaux.

---

## Références

Enriquez, E., Houle, G., Rhéaume, J. et R. Sévigny (sous la direction de) (1993), *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Montréal : Éditions Saint-Martin.

Freire, P. (1974), *Pédagogie des opprimés. Suivi de : Conscientisation et révolution*. Traduction du brésilien par le collectif d'alphabétisation, Paris : Librairie François Maspéro, (130).

Fritz, J. M. (2008), *International Clinical Sociology*, Editor. New York : Springer Science+Business, Media LLC.

Gaulejac, V. (de) et S. Roy, S (sous la direction de) (1993), *Sociologies cliniques*, Paris : Hommes et perspectives/ Desclée de Brouwer.

Gaulejac, V. (de), Hanique, F. et P. Roche (2007), *La sociologie clinique*, Ramonville Saint-Agne (France) : Éditions Érès.

Lourau, R. (1970), *L'analyse institutionnelle*, Paris : Les éditions de Minuit.

Mercier, L. et J. Rhéaume, (sous la direction de)(2007), *Récits de vie et sociologie clinique*, Québec (Lévis) : Les Presses de l'Université Laval.

Rhéaume, J., Xenocostas, S., Cognet, M., Montgomery, C., Racine, G., Bertot, J. et M. Hadiri, (2004), *Pour mieux intervenir en contexte pluriethnique : partageons nos savoirs. Actes de colloques*, Montréal : Publications du CRF, CSSS Côte-des-Neiges, Métro, Parc-Extension.

Rhéaume, J. (2008), « Quand l'histoire devient agissante », dans V. de Gaulejac et M. Legrand (dirs.), *Intervenir par le récit de vie. Entre histoire collective et histoire individuelle* (p. 63-89), Ramonville Saint-Agne (France) : Éditions Érès.

Rhéaume, J. (2008), « Clinical Sociology in Quebec: When Europe meets America » dans Jan Marie Fritz (dir.), *International Clinical Sociology* (p. 36-53), New York : Springer Science+Business. Media LLC.

Rhéaume, J. (2009), « La Sociologie clinique comme pratique de recherche en institution. Le cas d'un centre de santé et services sociaux. » *Sociologie et Sociétés*, Les Presses de l'Université de Montréal, 41(1), 195-215.

## *Vania Jimenez, médecin et chercheuse d'or*

Hélène Vadeboncoeur, chercheuse en périnatalité<sup>23</sup>

*« Ces chercheurs fortement impliqués dans le terrain de leurs objets et qui y œuvrent dans une posture particulière les engageant à accompagner les processus qui transforment l'objet lui-même, se font ainsi médiateurs et passeurs de savoir. Ils sont (...) dotés de la métis, cette intelligence rusée mise ici au service de la transformation des pratiques sociales ».*

*(Cognet, 2008)*

**V**ania Jimenez, médecin de famille spécialisée en obstétrique, gestionnaire et chercheuse, travaille au de CLSC Côte-des-Neiges depuis plus de 20 ans. Co-fondatrice du Centre de recherche et de formation (CRF), elle joue, comme chercheuse, un rôle majeur dans le développement des rapports entre l'ethnicité et la pratique de la médecine familiale. Elle est responsable de la thématique du Centre affilié universitaire (CAU) intitulée: *Les déterminants sociaux en santé et pratiques de soins.*

Au CSSS de la Montagne, Vania Jimenez est actuellement directrice des services professionnels (par intérim) et chef de médecine. Elle dirige aussi l'Unité de médecine familiale du Département de médecine familiale de l'Université McGill. Ses travaux sur les représentations de la maternité dans la population immigrante, les conditions sociales de l'immigration et les problèmes de santé, s'inscrivent dans l'approche multidisciplinaire de la recherche menée au CRF (Rhéaume, 2009).

La réalité des immigrants, qui constituent une partie importante de la population du quartier Côte-des-Neiges, n'est pas étrangère à Vania Jimenez. Ayant elle-même immigré au Québec au milieu des années 60, elle étudia la médecine et exerça d'abord en milieu rural, avant de

---

<sup>23</sup> Hélène Vadeboncoeur, Ph.D, est actuellement co-chercheuse dans deux études sur l'accouchement, et coordonne pour le CSSS de la Montagne une étude exploratoire sur le portage culturel, étude qui se déroule à la Maison Bleue.

travailler au CSLC de Côte-des-Neiges et de devenir professeure au département de médecine familiale de l'Université McGill.

Formée à la méthode scientifique et clinicienne aux préoccupations psychosociales, sa pratique médicale l'a conduite vers la recherche. Et même si, dans les faits, elle a contribué à des projets de recherche plus cliniques, on pourrait la qualifier de chercheure en sciences sociales plutôt que de médecin chercheur.

Cet article a pour objet de vous faire connaître Vania Jimenez comme chercheure et de vous présenter les études qu'elle a menées depuis la fondation du Centre de recherche et de formation, de même que le dernier-né de ses projets, la Maison Bleue.

### **Vania Jimenez et la recherche : les périodes-clés**

Les recherches de Vania Jimenez ont été influencées à la fois par son expérience de mère de sept enfants et sa pratique de médecin de famille en milieu multiethnique. Ses travaux portent, d'une part, sur l'enfance et la transition au devenir parent et, d'autre part, sur la prise en compte par le réseau de la santé des «apports» de la clientèle multiethnique, de ses besoins et de ses valeurs.

Alors que se manifeste, dès les années 80, son intérêt pour l'intervention précoce en périnatalité<sup>24</sup>, c'est à partir des années 90 que Vania Jimenez réalise des études tant quantitatives que qualitatives portant sur les enfants et sur les adultes.

#### *Les années 90*

Au cours des années 90, les préoccupations du Dr Jimenez se concentrent sur les thèmes suivants, études qui feront l'objet de subventions :

- Impact de la violence conjugale sur les enfants, en particulier en milieu multiethnique : « Notre recherche a été effectuée auprès de 200 enfants et leurs familles. Les résultats obtenus nous permettent de croire que, si nous pouvions trouver des facteurs de protection chez les enfants ne présentant pas de problème de santé mentale, nous pourrions alors les appliquer à ceux qui sont à risque et, par conséquent, briser le cycle (...)» (AMLFC, 1999).
- Adéquation des services de première ligne en ce qui a trait aux enfants, familles et cultures en difficulté, centrée notamment sur :
  - La communication entre personnes situées à une grande distance socioculturelle : patients haïtiens et système socio-sanitaire canadien. Il s'agit d'une étude où étaient invités des guérisseurs traditionnels haïtiens, vivant au Québec, qui visionnaient des vidéos de rencontres entre patients haïtiens et

---

<sup>24</sup>Jimenez, V., 1986, *Projet d'intervention précoce en périnatalité. Évaluation de l'intervention*. CRSSS de la Montérégie.

jeunes médecins, et qui renseignaient les chercheurs sur ce qui se passait lors de ces rencontres et qui n'était pas décelable par les soignants ou les chercheurs.

- La connaissance de la clientèle pluriethnique et l'analyse des interventions faites dans les services de santé et des services sociaux de première ligne.
- Les liens possibles entre les problèmes de grossesse et les facteurs non médicaux, par exemple, entre les vomissements incoercibles pendant la grossesse et le fait d'être née ailleurs qu'au Québec (Jimenez et Marleau, 2000).
- Les soins intégrés :
  - Modèle de soins intégrés pour patients souffrant d'une maladie chronique (le diabète) dans une approche populationnelle.

Ces thèmes mettent la table pour ceux que Vania Jimenez abordera à partir de la fin des années 90 et durant la première moitié des années 2000. Ceci donnera lieu à une certaine remise en question de la pratique médicale en milieu pluriethnique et à un questionnement sur l'acculturation des immigrantes dans le domaine de la maternité.

#### *Fin des années 90 et première moitié des années 2000*

En l'an 2000, Vania Jimenez et des collègues de l'Université McGill publient un bilan des écrits du Québec sur les services de santé et les services sociaux (Jimenez *et al.*, 2000), bilan qui met l'accent sur la population immigrante et examine différentes dimensions des services qui lui sont offerts par le réseau. Plusieurs de ces dimensions feront l'objet de ses recherches.

#### La pratique médicale dans une société pluriculturelle peut-elle s'ouvrir à d'autres réalités?

Les études auxquelles elle participe à partir de 1993<sup>25</sup>, de même que l'observation, dans sa pratique, de symptômes sans nom ou médicalement inexplicables, amènent Vania Jimenez à démarrer un groupe de réflexion épistémologique multidisciplinaire. Ce groupe, fondé dans la seconde moitié des années 90, se réunira pendant plusieurs années pour réfléchir sur la médecine moderne et les autres pratiques médicales dans une société pluriculturelle.

Dr. Jimenez s'interroge sur une médecine qui serait ouverte à d'autres formes de savoir. Elle bâtit donc un projet de recherche visant à développer une nouvelle forme de médecine fondée sur la pratique occidentale mais bénéficiant des connaissances et compétences d'autres cultures ou disciplines. Ce projet ne sera malheureusement pas subventionné : « Ce projet

---

<sup>25</sup> Études subventionnées :

1993-1995. Enfants en difficulté, familles et cultures. Adéquation des services de première ligne. CQRS

1994-1995. Rapports sociaux éthiques et pratique langagière dans un CLSC à clientèle multiethnique. Patrimoine Canada.

1995-1997. Services de santé et services sociaux de première ligne en milieu pluriethnique : connaissance de la clientèle et analyse des interventions. CQRS

1996-1997. La perception des jeunes familles d'immigration récente à l'égard des services de santé de première ligne. CQRS

faisait l'hypothèse que les impasses thérapeutiques auxquelles se heurtent fréquemment les praticiens en médecine peuvent être interprétées comme un «signal» des limites de l'approche de la médecine occidentale, dit-elle. Il voulait démontrer que les approches véhiculées par les «médecines» non-occidentales pourraient permettre une mise à l'épreuve des fondements théoriques du savoir et du savoir-faire de cette médecine occidentale et déboucher enfin sur de nouvelles stratégies d'intervention» (Jimenez, 2007).

Une pré-expérimentation avait eu lieu. Deux médecins de famille avaient accepté d'inviter un patient souffrant, dans les deux cas, de douleurs chroniques, avec lequel ils considéraient se trouver dans une impasse thérapeutique (préalablement définie). Chacun des deux médecins venait avec son patient à plusieurs reprises rencontrer l'équipe multidisciplinaire (deux psychiatres, deux médecins de famille, un acupuncteur, un ostéopathe et une psychothérapeute). Les praticiens participants devaient évaluer la situation, chacun dans sa tradition respective. Ce projet fut mené parallèlement à une étude sur l'immigration, la maternité et l'acculturation.

#### Immigration, maternité et acculturation : comment traite-t-on la dimension culturelle dans l'approche aux soins de santé ?

Peu d'études portaient à la fois sur les perceptions des femmes immigrantes et celles des professionnels de la santé. Vania Jimenez souhaitait donc mieux comprendre le point de vue des infirmières et des médecins travaillant en périnatalité, ainsi que celui des femmes sur les soins et services qu'elles reçoivent.

L'étude révéla une différence importante entre les perceptions des femmes et celles des intervenants : 80 % des intervenants avaient répondu qu'ils connaissaient les pratiques culturelles facilitant l'accouchement, 87 % maintenaient qu'ils avaient été témoins de ces pratiques et 90 % précisaient qu'ils discutaient de pratiques culturelles avec leurs patientes. Par contre, 82 % des immigrantes à qui on avait demandé si l'intervenant s'était intéressé à leur culture avaient répondu par la négative, tout en disant (65 %) vouloir choisir le même médecin pour un prochain accouchement.

Vania Jimenez a donc conclu qu'il existait une divergence importante entre les perceptions des femmes et celles des intervenants, en ce qui a trait à l'intérêt porté par ces derniers aux pratiques culturelles des immigrantes. Une réflexion s'imposait.

#### Perception d'une naissance et naissance d'une perception : les femmes et leurs rapports aux discours en périnatalité (Jimenez *et al.*, 2008)

Suite aux changements qui se sont produits en périnatalité au Québec depuis le début des années 80, Vania Jimenez s'est aussi interrogée sur la façon dont les femmes percevaient leurs accouchements. Elle s'est demandée jusqu'à quel point la masse d'information dont elles disposent leur permet de prendre des décisions éclairées et quelles sont leurs connaissances sur la grossesse et l'accouchement. Elle voulait aussi savoir dans quelle mesure ces connaissances acquises à travers différentes sources telles la lecture, les discussions avec

l'entourage et les intervenants, les cours prénataux, etc., modelaient leur expérience d'accouchement. Ses questions s'adressaient à trois groupes de femmes : celles suivies par des sages-femmes, celles suivies par des médecins de famille et celles suivies par des obstétriciens, à Montréal et à Vancouver.

Les résultats de l'étude révélèrent que les femmes en savent beaucoup, mais que cela n'implique pas nécessairement un accès à une information neutre et objective. Pour Vania Jimenez, les femmes se retrouvent au centre de zones d'influence multiples et elles recherchent l'expertise qui confirme leur instinct ou leurs valeurs propres. La chercheuse constate cependant que cet instinct baigne souvent dans une culture de la peur.

Ces résultats « militent en faveur d'un soutien accru et continu des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum ». Ils incitent également « le milieu de la périnatalité à réfléchir sérieusement à cette *culture de la peur* qui le caractérise » (Hivon et Jimenez, 2007).

Ce travail de recherche ne pouvait contenter la praticienne passionnée qu'est Vania Jimenez. Au milieu des années 2000, de concert avec une éducatrice en petite enfance, elle eut l'idée d'un projet novateur. Pourquoi ne pas créer un centre multidisciplinaire de services de santé et sociaux, à dimension humaine, pour les femmes enceintes vulnérables du quartier Côte-des-Neiges, qu'elles soient immigrantes ou non, et qui ont besoin de services pendant et après la grossesse? C'est ainsi que la Maison Bleue ouvrit ses portes en mai 2007.

### **Quand la recherche porte fruit : la Maison Bleue, un centre de services novateur**

« Si nous pouvions recréer le climat d'un village au sein de nos communautés urbaines, nous pourrions retrouver les aspects positifs de la médecine familiale comme elle était à l'époque où je l'ai exercée [dans le village de Saint-Ours, dans les années 70 et 80]. » (AMLFC, 1999)

Au début des années 70, Vania Jimenez avait été impliquée dans une clinique novatrice, précurseur des CLSC, la Clinique des citoyens de St-Jacques. Il s'agissait d'une clinique communautaire située à Montréal, qui voulait être une réponse différente aux besoins de santé de la population. En fondant la Maison Bleue, 30 ans plus tard, Vania Jimenez voulait apporter une amorce de réponse aux questions qu'elle se posait depuis la deuxième moitié des années 80.

#### *Ce qu'est la Maison Bleue*

La Maison Bleue est un organisme à but non lucratif (OSBL) porté par des médecins de famille accoucheurs, un Groupe de médecine familiale (GMF) et une équipe d'intervenants d'autres disciplines, qui relève du CSSS de la Montagne.

Elle fournit aux femmes enceintes - ainsi qu'à leurs jeunes enfants et leurs familles vivant dans un contexte de vulnérabilité - un milieu de vie axé sur la prévention, qui intègre les différences

culturelles. Elle a pour objectif d'aider ces familles à se construire un nid pour accueillir la venue du nouveau bébé.

La Maison Bleue offre à ces familles des services communautaires, culturels, sociaux et de santé de première ligne, dans un environnement harmonieux, à proximité de leur milieu de vie. L'équipe est composée de médecins de familles, d'une infirmière, d'une travailleuse sociale, d'une éducatrice et d'une sage-femme.

*Comment la Maison Bleue répond-elle aux préoccupations de recherche de Vania Jimenez ?*

#### Intervention précoce en périnatalité et modèle de soins intégrés

La Maison Bleue offre des services lors de la grossesse et jusqu'à ce que l'enfant soit en âge d'aller à la maternelle. L'équipe y travaille en réelle interdisciplinarité, comme l'a observé l'étude descriptive menée sur la Maison Bleue en 2007 (Vadeboncoeur, 2007).

#### Immigration, maternité et acculturation: besoins et valeurs des femmes et des immigrantes

Ces thèmes sont au cœur même des activités de la Maison Bleue. Les intervenants y possèdent une connaissance approfondie des besoins et valeurs des immigrantes et font preuve d'ouverture par rapport à celles-ci.

#### Taux de césariennes et pays d'origine

La continuité des soins par l'équipe et la préparation offerte pour l'accouchement pourraient aussi permettre de diminuer le taux d'interventions obstétricales. En effet, celui-ci pourrait être plus élevé chez certains groupes ethniques, notamment le taux de césariennes. L'approche offerte par la Maison Bleue vise l'*empowerment* des femmes et cherche à diminuer chez elles et chez les intervenants la « culture de la peur » identifiée par Vania Jimenez (Jimenez, 2004).

#### Enfants en difficultés

La Maison Bleue vise à favoriser le *devenir parent* et le développement optimal de l'enfant par un soutien adéquat à la femme enceinte et ayant accouché, de même que par un programme de stimulation pour les enfants qui en ont besoin.

#### Familles et cultures et services de santé et sociaux pour une clientèle multiculturelle

La clientèle de la Maison Bleue se compose principalement – mais non exclusivement – de familles immigrantes.

### Rapports, communication entre patients et le système de santé québécois

La Maison Bleue, une initiative reliée au système de santé, souhaite changer les rapports entre la clientèle et le système de santé. On y met l'accent en particulier sur l'« intervention relationnelle » (Jimenez, 2004).

### Facteurs psycho-sociaux reliés à la santé des personnes d'origine ethnique différente

La pratique multidisciplinaire et l'étude en cours sur le portage culturel (voir plus loin) permettent l'approfondissement des connaissances de ces facteurs.

### Prise en compte d'autres pratiques dans le cadre de la relation soignant-soigné

La Maison Bleue tient compte des dimensions culturelles apportées par les femmes lors du suivi prénatal et post-natal et travaille en équipe avec l'équipe d'ethnopsychiatrie du CLSC Côte-des-Neiges. Tous les quinze jours, un psychiatre spécialisé en transculturel rencontre l'équipe de la Maison Bleue pour lui apporter du soutien dans ses tâches. De plus, une demande a été faite auprès de la Corporation de développement économique communautaire (CDEC) pour y intégrer la présence de *doulas* (accompagnantes à la naissance) et l'haptonomie, aussi appelée *Préparation affective à la naissance*.

### *La Maison Bleue et la recherche*

Une seule étude a été menée à ce jour sur la Maison Bleue. Il s'agit d'une étude descriptive qui a donné lieu au rapport de recherche *Portrait initial de la Maison Bleue* (Vadeboncoeur, 2007). Une autre étude, sur le portage culturel, est présentement en cours. La Maison Bleue participe aussi au projet MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment)<sup>26</sup>.

Si la Maison Bleue semble avoir pris un bon départ, cette première étude révèle qu'elle doit faire face à de nombreux défis. En effet, les répondantes soulignent, à l'issue de ces premiers trois mois de travail au sein de la Maison Bleue, l'importance de « rester petit », et de conserver une dimension humaine, notamment par une approche individualisée et multidisciplinaire. On trouve essentiel de « ne pas devenir une clinique médicale », soulignant l'importance de tous les services offerts à la clientèle ainsi que celle de soutenir adéquatement chaque cliente ou client qui y est suivi médicalement. (...)

Le portage culturel, sujet de l'étude présentement en cours, constitue un objectif important pour la Maison Bleue. En effet, le soutien est primordial pour aider la future mère à développer un sentiment de sécurité à travers tous les changements liés à la grossesse. La nécessité pour la future mère de se sentir « portée » - c'est-à-dire soutenue par les femmes de son groupe de référence pour pouvoir elle-même « porter » son enfant - est un concept de base en ethnopsychiatrie.

---

<sup>26</sup> Michael Meaney, IRSC, 2003-2008.

La période autour de la naissance d'un enfant est l'occasion d'une vraie rencontre entre un intervenant ou un professionnel, sa patiente et la famille de celle-ci. Le lien de confiance qui se crée entre l'intervenant et la femme enceinte, prend d'autant plus de sens dans le cas de femmes récemment immigrées, dont le réseau social fait souvent défaut.

En plus de la relation avec des intervenants lors de consultations individuelles ou avec l'équipe, des rencontres de groupe ont lieu, favorisant les échanges entre les femmes du centre.

L'étude sur le portage culturel comprend

- des *focus-groups* auprès de la clientèle et de l'équipe de la Maison Bleue, portant sur le vécu des immigrantes vulnérables ayant eu un ou des enfants pendant cette période;
- la co-construction d'une pièce de théâtre avec la clientèle, sous la direction d'une auteure dramatique - elle-même enceinte lors de la première phase du projet - qui sera présentée au cours de l'année 2010.

Cette étude rejoint la perspective de la sociologie clinique selon laquelle les sujets sont des acteurs sociaux. Les partenaires, comme les intervenants et la clientèle, contribuent au projet puisqu'il s'agit de co-construction des savoirs, qui se traduisent dans l'élaboration d'une pièce de théâtre (Rhéaume, 2009). Les sujets sont considérés comme les experts de leur situation, de ce qu'ils vivent et de leur environnement (Cognet, 2008).

Enfin, la Maison Bleue participe à l'étude MAVAN, qui recrutera les femmes enceintes suivies à la Maison Bleue afin de mesurer les variables suivantes : adversité, relation à leur propre mère, soutien social et estime de soi, bien-être émotionnel, interactions mère-bébé, évaluations physiques qui sont reliées à la croissance in utéro, au poids du bébé ainsi qu'au développement général durant la très petite enfance.

**Conclusion : où en est Vania Jimenez, concernant la recherche et cette Maison Bleue qui lui tient tant à cœur ?** (Jimenez, 2009)

Déjà, en 1992, avant même d'entamer vraiment sa carrière de chercheuse, Vania Jimenez affirmait, dans un article s'adressant aux médecins de famille, qu'« une adaptation réussie pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale permet à une nouvelle mère de mieux jouer son rôle ». Elle souhaitait qu'on forme les intervenants en ce sens, pour faciliter non seulement l'adaptation de la mère à son bébé mais aussi pour permettre au bébé de se développer de façon optimale (Jimenez, 1992).

Tout au long de ses recherches, Vania Jimenez a exploré différents thèmes reliés à cette question. En ce début de l'année 2010, voici en terminant la réflexion qu'elle fait sur ses projets de recherche et sur sa dernière création, la Maison Bleue :

« Ce que mes recherches montrent, c'est que la qualité de la personne qui est le soignant fait toute la différence, sans rapport avec les compétences ou habiletés qu'il possède par ailleurs. Ce qui me préoccupait - et me préoccupe toujours - c'est la question de la communication, le fait que le "courant" passe, ou non, entre deux personnes. »

« La Maison Bleue (...) se veut autant un lieu de questionnement qu'une tentative de réponse à un sentiment inconfortable: quelque chose ne tourne pas rond en périnatalité, et pas seulement pour les femmes issues d'autres cultures. L'observation d'autres cultures est un prétexte, un outil pour questionner la sienne propre, pour questionner la nature, l'essence même de ce moment sacré qu'est le jaillissement de la vie.»

« Ce que je voudrais faire, maintenant, c'est un bilan évaluatif de ce qui arrive à la Maison Bleue, à partir d'histoires de cas : les *success stories* et les échecs, pour continuer à explorer le mystère de la vie, de l'amour, de la maternité ! Je ne suis pas la sorte de chercheuse qui tient à "confirmer" ce qu'elle sait déjà. Il me semble que "chercher", c'est autre chose. Un peu comme le chercheur d'or, qui fouille inlassablement, dans l'espoir de trouver de l'or ! Je préfère les surprises, l'inattendu qui surgit de la recherche. Comme cette incroyable dissonance dans l'étude Immigration, acculturation et maternité, entre la perception des intervenants et celles des femmes. Ce qui est intéressant, aussi, c'est que les intervenants ont réagi avec intérêt à ce résultat.»

---

## Références

AMLFC (1999), «Le Dr Vania Jimenez-Sigouin nommée médecin de famille canadien de l'année 1999», Bulletin de l'Association des médecins de langue française du Canada, 32(9), [http://www.amlfc.org/Articles/1999\\_09\\_01.html](http://www.amlfc.org/Articles/1999_09_01.html) , consulté le 2010-03-30.

Cognet, M. (2008), «Présentation», *Cahiers METISS*, 3(1), p. 5

Hivon, M. et V. Jimenez (2007), *Perception d'une naissance et naissance d'une perception : où en sont les femmes ?* Montréal : Publication-synthèse, CSSS de la Montagne, (3), mars 2007.

Jimenez, V. (1992), «Emotions of the Childbearing Year», *Canadian Family Physician*, 38 : 2871-2890.

Jimenez, V. (2009), Entrevue téléphonique effectuée le 13 janvier 2009.

Jimenez, V. (2004), «Les intervenantes ont-elles vraiment le choix ?» Présentation orale, colloque *Obstétrique et santé publique : élargir les perspectives sur les réalités de la naissance*, Association pour la santé publique du Québec, Journées annuelles de santé publique (JASP), 29-30 novembre 2004. Disponible : [www.aspq.org/medias/OetS/medias2004/VOICE002.MP3](http://www.aspq.org/medias/OetS/medias2004/VOICE002.MP3)

Jimenez, V. (2007), «Pratiquer la médecine avec un esprit de recherche», dans le cadre du *Colloque La relation individu-société : les aspects cliniques, sociopolitiques et transculturels de l'expérience personnelle*, Département de sociologie, Université de Montréal, Table des CSSS-Centres affiliés universitaires, TELUQ, 2-3 nov. 2007.

Jimenez, V., Klein, M., Hivon, M. et C. Mason (2008), «A mirage of change : family-centered maternity care in practice». Accepté pour publication. *Birth*.

Jimenez, V. et J. Marleau, «Caesarean deliveries: Does women's place of birth have an impact ?» *Canadian Medical Association Journal*. Article soumis.

Jimenez, V., Marleau, J. (2000), «Is hyperemesis gravidarum related to country of origin ?» *Canadian Family Physician*, 46 : 1607-1608.

Jimenez, V., Oxman-Martinez, J., Loiselle-Léonard et J. Marleau, J. (2000), *Bilan des écrits du Québec sur les services de santé et les services sociaux (1980-1999)*, Université McGill.

Rhéaume, J. (2009), «La sociologie clinique comme pratique de recherche en institution : le cas d'un centre de santé et de services sociaux», *Sociologie et sociétés*, 41(1) :195-215.

Vadeboncoeur, H. (2007), *Portrait initial de la Maison Bleue – Rapport de recherche*, Montréal : Centre de la santé et des services sociaux de la Montagne.



## *Note de terrain*

### ***Retour de mission: visite au Brésil pour disséminer de l'information sur les déterminants sociaux de la santé et les vulnérabilités sociales***

Roger Côté, agent de planification, de programmation  
et de recherche, CSSS de la Montagne  
Lise Renaud, professeure au département de  
communication publique et sociale, UQAM  
Jacques Rhéaume, directeur scientifique  
du CSSS de la Montagne – CAU  
Margareth Zanchetta, professeure à l'École des  
sciences infirmières de l'Université de Ryerson,  
Toronto

**L**e 3 juin dernier s'est terminée pour nous une mission de travail de 25 jours au Brésil qui nous a permis de rencontrer et de connaître un bon nombre d'intervenants en santé communautaire brésiliens. Avec le soutien financier des Instituts de recherche en santé du Canada, le voyage avait été organisé par Margareth Zanchetta, professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université Ryerson de Toronto, dans le but premier de disséminer de l'information sur les déterminants sociaux de la santé et de créer des liens entre nos différentes institutions canadiennes et brésiliennes intéressées par la santé communautaire.

Outre Margareth, l'équipe est composée de Jacques Rhéaume et de Lise Renaud, professeurs au département de communication de l'UQAM et membres de différents collectifs de recherche, de Roger Côté, agent de programmation, de planification et de recherche au Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne, ainsi que d'Alia Maulgue et de Jonathan Tel, tous deux étudiants finissants au baccalauréat en sciences infirmières de l'Université Ryerson, et de Michel Perrault, professeur retraité de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et actuellement rattaché à l'École des sciences infirmières Anna Néry de l'Université fédéral de Rio de Janeiro.

Afin de pouvoir effectuer une visite de trois régions différentes en un si court laps de temps, nous avons pu compter sur des partenaires qui nous ont aidés dans la préparation et la

coordination d'évènements sur leur territoire respectif. Ce sont trois universités et leurs programmes de maîtrise qui ont assumé ce leadership.

Dans la région du Sud-est et la ville de Rio de Janeiro, c'est l'Université Estácio de Sa (programme de maîtrise professionnelle en santé de la famille) qui nous a d'abord accueillis. Puis, dans la région Nord-est (État de Bahia), l'Université du Sud-ouest de Bahia (programme de maîtrise en sciences infirmières et en sciences de la santé), dans la ville de Jéquié, a pris le relais. Notre périple s'est terminé dans la ville de Fortaleza (État du Ceará), où c'est l'Université d'État du Ceará (programme de maîtrise en santé publique) qui fut notre hôte. Dans chacun de ces endroits, nous avons rencontré des équipes universitaires chargées de la formation du personnel de la santé, rencontré sur leurs lieux de travail des équipes de professionnels en santé, visité des Unités de santé familiale (USF) et des Centres de référence plus spécialisés en matière de maladies tropicales ou de santé sexuelle, et discuté amplement sur les méthodes et stratégies d'intervention en matière de santé communautaire.

Nous étions au départ intéressés de connaître l'infrastructure du système de santé communautaire, ses approches, ses succès, ses contraintes, mais surtout de rencontrer les Agents communautaires de santé (ACS) qui travaillent dans les différentes communautés défavorisées du Brésil. Dans les trois villes, nous avons pu établir des contacts chaleureux avec des équipes d'ACS par des rencontres individuelles et de groupes, dont les ateliers sur les déterminants sociaux de la santé préparés par Margareth Zanchetta.

Si une connaissance insuffisante de la langue portugaise nous handicapait au départ (nous avons également utilisé l'espagnol et l'anglais), elle a été vite compensée par notre désir d'apprendre et par une volonté mutuelle de communication avec nos homologues brésiliens.

La réception des communautés brésiliennes a été remarquable et nous ne pouvions que remercier tous ces intervenants qui nous ont reçus, qui nous ont fait visiter leur communauté, qui ont pris le temps d'échanger avec nous sur leur rôle dans le système de santé et sur ce qui les animait dans leur travail.

## **Contexte**

En 1988, la constitution brésilienne reconnaît la santé comme un droit de tous les citoyens. Pour concrétiser ce droit, le système intégré de santé (Sistema Único de Saúde, ou SUS) est la stratégie mise en place et financée par le Brésil afin de donner et rendre accessibles, universels et intégrés, les soins de santé primaires à tous. Pour offrir une couverture universelle et des soins adéquats à toutes les régions, la stratégie de décentralisation permet de renforcer les systèmes au niveau local. C'est dans cette perspective que depuis 1994, le modèle d'assistance repose sur la santé de la famille.

Le système de santé public de première ligne (attention primaire) brésilien est structuré autour des USF et des centres communautaires de santé. À ces USF s'ajoutent dans la région administrative des centres de référence qui offrent des services plus spécialisés, dont le dépistage et le traitement de maladies tropicales, ou de santé sexuelle. Dans une USF, on

retrouve : des médecins, des infirmières, des infirmières auxiliaires, des dentistes et des ACS. La hiérarchisation des tâches est importante dans ce système. Les formations et les salaires varient en fonction du titre d'emploi.

Le mandat de l'USF est de rejoindre localement, dans un territoire donné, l'ensemble des familles et de leur offrir des soins de santé primaires ainsi que des actions de prévention de la maladie. On y retrouve un programme de vaccination, de santé familiale (suivi prénatal et postnatal), et de la prévention du diabète, de l'hypertension, de la tuberculose, de la lèpre, et de maladies tropicales telle la dengue qui affecte plusieurs régions du pays. Pour remplir ce mandat d'approche populationnelle, différentes actions sont entreprises, dont la première est la visite au domicile des citoyens afin d'identifier et de répertorier les populations sur un territoire, pour évaluer leurs conditions de santé, assurer un suivi adéquat à leurs conditions et les inciter à fréquenter l'USF pour un suivi familial individualisé ainsi que des sessions d'éducation populaire en matière de santé. Or, la majorité de ces travailleurs de la santé (médecins, infirmières, dentistes) ne travaillant uniquement qu'au Centre municipal de santé (CMS) où ils reçoivent la clientèle, c'est la responsabilité des ACS d'aller à la rencontre de la population chez elle et de l'amener vers le CMS si possible, tout en assurant un maximum d'information et d'éducation sanitaire à domicile.

Une fois le contact bien établi avec les familles, les ACS utilisent également quatre autres types d'activités de groupe pour mener à terme leur mission éducative de prévention et de promotion.

1. Le groupe de convivialité : une causerie entre personnes de la communauté durant laquelle sont abordés des thèmes reliés à la santé.
2. Le groupe d'éducation : une réunion thématique centrée sur un aspect spécifique, par exemple l'allaitement maternel et les soins au nourrisson, et réservée à un groupe précis de la population.
3. La réunion communautaire : permet d'atteindre un grand nombre de familles pour parler de vaccination, de prévention du diabète ou de la tuberculose, ou d'autres préoccupations importantes dans la communauté, telles que la violence ou la délinquance chez les jeunes.
4. La «mostra de saúde» : c'est-à-dire la démonstration d'outils de prévention primaire tels la chloration de l'eau, les insecticides, etc.

### **Les agents communautaires de santé**

Nous avons trouvé différents textes identifiant l'arrivée de ces relais communautaires que sont les ACS. Le document de formation de ces agents de l'École de santé publique de l'État du Ceará relate qu'en 1987, suite à une situation d'urgence de choléra, les autorités ont mis sur pied un programme pilote impliquant la formation de quelques milliers d'ACS. Ces agents, principalement des femmes peu scolarisées, voire analphabètes, ont au départ été choisies pour leur capacité à bien communiquer avec leur voisinage, à influencer leurs voisins afin de les amener vers les professionnels de la santé. Ces initiatives et projets pilotes se sont avérés suffisamment positifs pour que le système de santé poursuive le développement des ACS dans

l'action des USF. Durant les années 1990, le travail des ACS dans les communautés a eu comme premier effet de modifier considérablement les statistiques de santé communautaire du pays. Il n'y avait qu'un pas avant que l'État officialise la fonction et le cadre professionnel. Ce qui fut fait en 2002 par décret présidentiel.

C'est ainsi que le Brésil s'est graduellement doté de 250 000 ACS qui patrouillent quotidiennement le pays et dont le mandat est de faire le lien entre la communauté et les services de santé. Quelque 90 % de ces ACS sont des femmes, elles-mêmes issues des communautés défavorisées dans lesquelles elles interviennent. Chaque ACS est responsable d'environ 150 familles qu'il visite mensuellement et pour lesquelles il doit fournir régulièrement des informations détaillées.

Depuis leur entrée en fonction, les ACS s'occupent des problèmes de la santé maternelle et infantile; de la fidélité au traitement de la tuberculose, du VIH, ou de toute autre maladie transmissible; de l'accompagnement aux services de santé; de liaison entre le service de santé et la communauté en ce qui a trait aux épidémies et autres situations de risque; d'aider à la surveillance de la santé des animaux domestiques; de la chloration de l'eau; et de la surveillance des conditions de vie. Bref, ils abordent presque uniquement des problèmes de santé; de plus, ils portent sur leurs épaules toute la mission du centre de santé dans la communauté et dans les domiciles. Un extrait de la description de tâches (traduction libre de notre part) figurant au contrat d'embauche démontre d'ailleurs à quel point leur rôle est à la fois large et restreint :

1. Travailler avec les familles d'un territoire géographique donné.
2. Réaliser un registre des familles résidant dans son aire géographique.
3. Participer à la réalisation d'un diagnostic démographique, comprenant un profil socio-économique de la communauté, l'identification des traits culturels et religieux des familles de la communauté, un relevé des conditions sanitaires de base, une cartographie de son territoire d'intervention identifiant les micro-secteurs à risque.
4. Effectuer un suivi régulier de ces zones à risque.
5. Effectuer des visites à domicile régulièrement selon un plan de travail établi. Augmenter la fréquence des visites dans les situations qui nécessitent une attention spéciale.
6. Effectuer une mise à jour régulière des informations sur les familles de son secteur.
7. Porter une attention spéciale aux enfants vivant dans des situations à risque.
8. Par l'utilisation des outils standards du centre de santé, faire un suivi régulier du développement des enfants de 0 à 5 ans (poids, grandeur, croissance).
9. Promouvoir l'immunisation de routine pour les enfants et les femmes enceintes, les référer aux services de santé et (ou) créer des alternatives pour leur faciliter l'accès à ces services.
10. Par des activités éducatives, faire la promotion de l'allaitement maternel.
11. Surveiller les diarrhées et encourager la réhydratation orale.
12. Suivre de près les infections respiratoires aiguës, en surveillant particulièrement les signaux de risque élevé, et orienter les cas suspects de pneumonie vers les services de santé.

13. Surveiller chez les enfants les dermatoses et parasitoses.
14. Faire des activités d'éducation auprès des familles et des adolescents en matière de prévention des MTS/SIDA, de la grossesse précoce et de l'usage de stupéfiants.
15. Identifier et orienter les femmes enceintes vers un suivi prénatal au centre de santé.
16. Par des visites régulières à domicile, s'assurer de l'assiduité du suivi prénatal de la femme enceinte au centre de santé, identifier les signes et symptômes de risque durant la grossesse, surveiller l'alimentation, la préparation de l'accouchement et l'allaitement maternel.
17. À l'arrivée du nouveau-né dans la famille, s'assurer des soins nécessaires donnés au nourrisson et à sa mère.
18. Réaliser des actions éducatives de prévention du cancer du col de l'utérus et du sein, en suggérant aux femmes en âge de procréer d'effectuer des visites régulières de dépistage dans les centres de santé.
19. Informer les familles et la communauté sur les méthodes de planification familiale.
20. Concevoir des actions éducatives au sujet de la ménopause.
21. Réaliser des actions éducatives au sujet de l'alimentation dans les familles et la communauté.
22. Réaliser des actions éducatives dans les familles en matière de santé buccale, particulièrement chez les enfants.
23. Faire une quête active des porteurs de maladies contagieuses.
24. Appuyer les enquêtes épidémiologiques, noter les cas et fréquence des maladies à déclaration obligatoire.
25. Assurer le suivi dans les familles du traitement des personnes atteintes de tuberculose, de la lèpre, de l'hypertension, du diabète ou de toute autre maladie chronique.
26. Faire des actions de promotion de la santé et de prévention des maladies auprès des personnes âgées.
27. Identifier les handicapés physiques et mentaux dans la communauté et offrir aux familles le soutien nécessaire à leur maintien à domicile.
28. Encourager la communauté à faciliter l'insertion et l'intégration des handicapés physiques et mentaux dans la communauté.
29. Informer les familles et la communauté sur les mesures à prendre pour contrôler les maladies endémiques.
30. Faire la promotion dans la communauté d'actions en matière de préservation de l'environnement.
31. Sensibiliser les familles et la communauté sur les droits humains.
32. Adopter un comportement cordial et respectueux de la communauté afin de ne pas générer des conflits et d'en être rejeté.
33. Stimuler la participation communautaire visant l'amélioration des conditions de vie.
34. Réaliser toute action ou activité inhérente à la fonction de travail d'agent communautaire en santé telle que définie par le plan local des équipes de travail.

## **Violence et travail**

Ces agents communautaires sont intégrés dans des équipes de santé qui rassemblent, au sein d'une structure minimale, des médecins, des infirmières et des infirmières auxiliaires. Ils

remplissent dans l'équipe un rôle stratégique, celui de liaison entre le système de santé et la communauté. De ce fait, ils assument toute une série de tâches et s'exposent à vivre des situations à risque, qu'elles soient d'ordre sanitaire ou social. Comme ils vivent tous dans la communauté dans laquelle ils travaillent, ils sont quotidiennement en contact avec la population. Celle-ci, économiquement défavorisée, à l'occasion socialement marginalisée, se trouve parfois confrontée à des problèmes de violence et de délinquance et ne dispose pas partout d'un système structuré pouvant répondre à de tels problématiques.

La ville de Rio a sur son territoire plus de 800 bidonvilles où les services publics – Police, Ambulance, Incendie – hésitent avant de s'y aventurer. Bon nombre de ces bidonvilles sont également pris en otage par des groupes armés locaux, qui se sont appropriés le territoire pour y exercer, entre autres, un contrôle de la distribution des drogues illicites. Cette violence omniprésente est largement reconnue, et discutée parmi les ACS et les USF de la région de Rio, beaucoup plus que dans les autres régions. Cela ne veut pas dire que la violence n'est pas présente ailleurs, mais qu'elle ne semble pas de même nature, ou de même amplitude. Quant aux ACS de la région de Rio que nous avons rencontrées, elles ont soulevé le problème à leur employeur et cherchent ensemble des avenues de solutions pour pouvoir intervenir de façon sécuritaire sans crainte de représailles. L'orientation du système de santé, centrée sur des problématiques de santé d'ordre épidémiologique, s'explique par le fait que celui-ci ne soit composé que de professionnels de la santé axés sur le traitement de tels problèmes, occultant ainsi totalement le besoin de travailler des problématiques sociales pour arriver à améliorer les conditions de santé de la population.

### **Tendance et enjeux actuels de la formation des ACS**

Après plus de 20 ans d'implantation des ACS, le Ministère de la Santé a décidé d'augmenter le niveau général d'éducation des travailleurs. Pour ce faire, il a d'abord rehaussé pour les nouveaux employés, les pré-requis d'embauche jusqu'ici centrés sur des habiletés de communication et sur la capacité du travailleur communautaire d'assumer du leadership dans son milieu. Il s'est ensuite attelé à former tout son personnel communautaire. Depuis 2008, il existe donc une formation nationale des ACS sous la responsabilité pédagogique des écoles de santé publique dans tous les États du Brésil. Cette formation représente un programme éducationnel de niveau secondaire pour mettre à niveau les compétences des ACS. Le grand défi s'agit d'offrir et d'assurer la réussite académique quant à la formation de base pour permettre aux individus de progresser vers des modules d'enseignement basés sur les compétences techniques plus avancées. Certains pré-requis sont nécessaires pour suivre la formation. Tous les ACS sont admis au premier module indépendamment de la scolarité. Par ailleurs, pour compléter le module 1, il faut avoir également complété son niveau d'éducation primaire, et pour compléter le module 3, il faut avoir l'équivalent d'un diplôme d'étude secondaire. Les partenaires de cette formation sont :

- Ministère de la Santé : responsable du financement
- Secrétariat de santé de l'État : responsable de l'articulation et de l'implantation
- École de santé publique : coordination et développement des cours
- Municipalité : articulation interne/locale des cours et libération des ACS

La formation des ACS comporte trois modules totalisant plus de 1800 heures d'étude, réparties comme suit : (1) Le premier module porte sur le rôle des ACS au sein d'une équipe multidisciplinaire dans les unités de santé familiale (520 heures); (2) Le second module est axé sur la promotion, la prévention et le monitoring de situations à risque environnemental et sanitaire (320 heures); et (3) Le troisième module porte sur la promotion de la santé et la prévention de maladies de groupe spécifiques et des maladies prévalentes (960 heures). Ce dernier niveau n'est pas encore dispensé. Un enjeu de taille se profile à la sortie du cours, puisque les ACS, considérés actuellement comme employés non-qualifiés et rémunérés en conséquence, se retrouveront alors au même niveau académique que les infirmières auxiliaires et réclameront donc le même niveau salarial.

Les multiples enjeux politiques autour de ces initiatives liées aux questions contextuelles de la pratique ont été dévoilés lors du dernier séminaire attaché à notre mission organisé par l'Université d'État du Ceará, à Fortaleza. L'exposé fait par la présidente du chapitre local de la fédération des ACS a été assez percutant à cet égard. Selon ses dires, l'initiative de la mise en place de la fonction d'ACS a été analysée par le Ministère comme une mesure très efficace pour rejoindre adéquatement les populations locales le plus près possible dans leur milieu de vie et ainsi les influencer dans leur vécu quotidien. Mais la croissance de la bureaucratisation est un frein important au travail d'animation et d'éducation populaire. Ce sont les médecins et les infirmières qui sont à l'origine de cette bureaucratisation de la santé communautaire. Cette bureaucratisation qui oblige certains ACS à remplir jusqu'à une trentaine de formulaires par jour et les empêche d'accomplir leur tâche d'éducateurs à la santé auprès des familles. En conséquence, la tâche s'est alourdie et la fonction d'animation de la santé est remplacée par des impératifs bureaucratiques. Ensuite, il y a le développement de nouvelles zones. Si au départ un ACS était responsable pour environ 100 à 150 familles, nous en avons rencontrés certains à Fortaleza qui avaient une charge de travail de 300, 400 et même 750 familles !

De plus, ces deux groupes professionnels exercent un contrôle abusif sur les ACS. La relation interprofessionnelle laisse également à désirer. En effet, peu de considération est accordée aux ACS, le rapport hiérarchique étant fort. Leur point de vue est peu pris en compte dans la planification ou dans des histoires de cas. Peu de temps est accordé à la formation et aux rencontres d'équipe, ou entre la coordination (rôle habituellement tenu par une infirmière) et les ACS. On ne les considère que comme des subalternes. Ainsi, les ACS, qui sont devenus des pièces maîtresses de la mission des USF, pourraient aussi devenir les clés de voûte du système de santé s'ils décidaient de ne plus fournir les informations demandées. Les USF ne disposeraient alors plus de lien direct avec la communauté.

Finalement, le Ministère de la Santé semble bloquer actuellement la dispensation du troisième module de formation en raison des implications financières que la reconnaissance d'un statut équivalent à celui de technicien signifierait.

Nous avons eu l'opportunité de discuter avec cette représentante des ACS de Fortaleza et d'apprendre sur le haut niveau de militantisme de cette région dans l'organisation des revendications importantes d'amélioration des conditions de travail de leurs membres. Ce qui

est visé est l'obtention d'un statut semi-professionnel à l'intérieur d'équipes de travail et un salaire équivalent à celui de technicien ou d'infirmière auxiliaire.

### **Questionnements et suivi**

Lors de notre visite, nous avons été mis en contact avec des ACS de Rio de Janeiro, de Jequié et de Fortaleza. Plusieurs discussions et divers échanges avec les ACS ainsi que les membres des services de santé municipaux et gouvernementaux nous ont permis d'amorcer une compréhension des enjeux et de la complexité de l'intervention sociale en lien avec la santé. Le fait qu'aucune intervention sociale ne soit articulée aux interventions d'éducation pour la santé ou pour la promotion de la santé dans le système de santé primaire brésilien, que les deux types d'actions (sociale et santé) soient indépendants l'un de l'autre, avec des orientations différentes, complique le travail d'action communautaire en santé. Cela nous a mené à poser quelques questionnements qui ont nourri des réflexions au sein de notre équipe tout au long de notre mission :

- Quelles sont les conditions qui doivent être mises en place pour que les ACS assument un nouveau mandat, celui de travailler au même titre que leur mission sanitaire sur les déterminants sociaux de la santé ou simplement sur les dimensions sociales de la santé telles que la violence, la pauvreté ?
- Au-delà d'une volonté politique, les services de santé des municipalités endosseront-ils ce nouveau mandat et avec quelles ressources ?
- Les professionnels du social y participeront-ils de plein pied ?
- En ce qui a trait aux ACS, leur mandat actuel s'élargira-t-il pour leur permettre d'assurer ces nouvelles dimensions ?
- Un soutien en termes de formation, de suivi, avec des ressources matérielles et financières sera-t-il assuré ?
- Dans la structure socio-sanitaire actuelle, les ACS sont attirés principalement à réaliser des bilans de santé (collecte de données épidémiologiques), à conseiller leurs groupes de famille en matière de santé et à accompagner leurs clients vers le dispensaire. L'intégration des dimensions sociales à leur mandat leur permettra-t-elle d'avoir une approche plus globale et moins centrée sur l'aspect sanitaire et clinique ?

Lors des trois ateliers sur les déterminants sociaux de la santé que Margareth Zanchetta a animés auprès des 82 ACS, nous avons pu constater que ces derniers étaient très conscients de ces facteurs sans posséder les outils nécessaires pour y faire face. Chaque groupe a été capable d'identifier des actions plus globales qui dépassent la communication interpersonnelle que les ACS utilisent dans leur rapport quotidien aux familles. Ils ont identifié, à titre d'exemples, l'organisation d'un jardin communautaire pour permettre à des familles de travailler ensemble à un projet commun, rassembleur et financièrement utile, la mise en place d'une maison des jeunes pour rassembler les adolescents désœuvrés d'un autre secteur, et le développement d'emplois locaux pour aider l'économie des familles. Les ACS présents à ces ateliers ont fait remarquer l'importance d'obtenir de la formation sur la mobilisation sociale et l'animation de groupe. Ces ateliers devraient être planifiés pour offrir davantage d'outils d'animation et de mobilisation communautaire afin que les ACS développent les compétences de catalyseur et

d'animateur de quartier autour des actions plus « communautaires » plus « politiques ». Ceci exigerait de disposer de plus de temps de formation.

L'arrimage avec le chapitre de Fortaleza de la fédération des ACS est un bon point d'entrée pour connaître ce que nous pourrions apporter aux ACS tant au niveau d'appui politique extérieur qu'au niveau de la formation et de l'intervention. Nous aimerions bien pouvoir planifier une formation en intervention sociocommunautaire telle que pratiquée chez nous pour un petit groupe d'intervenants que nous avons rencontrés. Si ces personnes pouvaient venir à Montréal en 2010, nous pourrions trouver de nombreux projets à visiter (en développement local, en économie sociale) qui sauront les intéresser.

Enfin, un désir a germé dans nos cœurs, celui d'établir également des ponts Sud – Sud. La présence de relais communautaires, autant en Amérique centrale qu'en Afrique, pour soutenir l'implantation de services de santé a été pratiquée et évaluée. Le Mali construit son système de santé communautaire sur un engagement citoyen (Asaco) en support au Centre de santé communautaire (Cscm). Nul doute que l'expérience de l'un pourrait profiter à l'autre.

### **Commentaires généraux**

De ces rencontres avec les ACS, tant au niveau individuel que de groupe ou des membres du syndicat, quelques préoccupations demeurent, soit :

1. La description des tâches des ACS est vaste : elle comporte 33 tâches précises, la dernière, et non la moindre, étant : « *Réaliser toute action ou activité inhérente à la fonction de travail d'agent communautaire de santé telle que définie par le plan local des équipes* ». La responsabilité de ce mandat se réalise auprès de quelque 150 familles. Sur papier, ces tâches vont du monitoring, à l'animation de quartier, au suivi de traitement, en passant par des conseils aux membres de la famille, en incitant cette dernière à consulter l'USF. Or, dans la pratique quotidienne, plusieurs ACS nous disent que leur performance est évaluée non pas selon le nombre de conseils prodigués et de suivis faits auprès de leur communauté, mais selon le nombre de formulaires remplis. Leur tâche s'est alourdie avec les années et s'est transformée : d'un lien de conseil entre la famille et le service de santé, ils sont devenus des agents de monitoring d'une part, et d'autre part, ils ont peu de temps à consacrer aux actions collectives de quartier. La tâche est lourde et les choix d'actions à réaliser sont réellement limités par la bureaucratie, au détriment de l'écoute interpersonnelle et de l'animation de quartier. La mise sur pied d'ACS est une idée excellente que le gouvernement a eue il y a plusieurs années. Toutefois, les acquis, notamment les conseils auprès des familles et l'éducation à la collectivité, devraient être préservés au détriment des données statistiques sur la population.
2. Les ACS sont le point névralgique du système de santé primaire. Ils sont la liaison entre les familles défavorisées et les professionnels de santé des USF. Sans eux, peu de connaissances sur les problématiques de la communauté seraient transmises aux USF et les soins appropriés aux membres de la communauté seraient probablement moins adéquats parce que moins soutenus dans la démarche d'accompagnement des citoyens

- vers le système de santé. Bien qu'ils jouent un rôle charnière, ils sont payés le salaire mensuel minimal que l'État attribue, soit 400 reals, ou environ 240 dollars canadiens.
3. Les ACS sont des membres de l'équipe des USF. Toutefois, selon leurs dires, ils seraient traités avec peu d'égard, étant considérés comme au bas de l'hierarchie de travail puisque peu scolarisés et peu rémunérés. Dans cette dynamique relationnelle des différents professionnels de la santé, les ACS vivent, pour certains, un écart culturel, et sont en position un peu « basse » face aux demandes des autres professionnels. Ils se décrivent comme des exécutants, parlant le moins possible de la communauté.
  4. La mise à niveau des connaissances des ACS est une initiative fort intéressante. Cependant, les autres membres du personnel de la santé auraient également intérêt à être formés, notamment sur les relations patient-prestataire de services, et sur les enjeux de pauvreté, d'analphabétisme et autres déterminants qui jouent sur la santé des populations.
  5. La violence est une problématique sociale importante dans les milieux dans lesquels travaillent les ACS. Au quotidien, cette problématique « omniprésente » les interpelle tant comme citoyens du quartier que comme travailleurs confrontés à celle vécue dans les familles visitées. Aux dires des ACS, la violence est évacuée, voire ignorée, par leurs supérieurs, elle relève du social et n'est pas diagnostiquée, traitée, considérée comme un problème de santé/maladie. Ceci génère plusieurs conséquences. D'abord, les ACS peuvent difficilement aborder ce sujet lors de rencontres aux USF. Ensuite, en termes d'ampleur de la situation, aucune donnée n'est recueillie sur leur formulaire de monitoring. Ainsi, aucune action d'analyse de la situation n'est effectuée pour comprendre et contrer ce phénomène. Par la suite, les ACS sont peu outillés ou habilités à gérer des situations de violence. Par exemple, que faire lors d'une visite où l'homme est en état d'ébriété et se comporte de façon violente avec l'entourage ou l'ACS ? Que dire quand la femme a des marques corporelles de violence ? Que faire pour protéger les enfants du cercle de violence ? Que faire quand un ACS est lui-même intimidé par ses concitoyens ? Que faire quand au-delà du rôle d'ACS, ce dernier, comme membre de la communauté, côtoie ses semblables ? Et pourrait-on penser également qu'un ACS, dans son entourage, soit lui-même victime de violence ? La reconnaissance de cette problématique favoriserait-elle une formation ou un espace d'échange entre eux et permettrait-elle d'alléger le stress vécu par de telles situations ? Enfin, pour certains ACS, la peur peut s'installer et certaines familles ou zones sont ainsi moins visitées.
  6. Lors de la visite d'une USF à Jequié, de jeunes adolescentes enceintes attendaient en ligne pour une visite de suivi pré ou post natal. Nous avons partagé notre étonnement face à l'âge de procréation avec le personnel médical présent, qui a réagi en racontant que moins de 14 ou 15 ans, c'est effectivement jeune, mais qu'à partir de 16 ans, la jeune fille est moins à risque. La banalité apparente avec laquelle le personnel traitait le sujet nous a incités à questionner cet état de fait. Or, à Jequié, la norme semble être d'avoir des enfants très jeunes. Selon leurs dires, les infirmières auxiliaires et les infirmières ont, en majorité, leur premier enfant autour de 18 ans. Nous pouvons penser qu'il en est de même pour les ACS. La coutume locale veut que les professionnelles infirmières se marient, aient un ou deux enfants et retournent aux études par la suite, vers l'âge de 22 ou 23 ans. Signalons qu'en 2006 la région du nord-est comportait 20,8

% d'analphabètes. L'éducation joue sur la fertilité, générant des différences : 4,3 enfants pour les femmes sans éducation et 1,0 pour celles qui ont complété une 12<sup>e</sup> année.

### **En guise de conclusion : du Brésil au Québec**

Cette mission a été riche en rencontres, en découvertes et en questionnements. La diversité des personnes rencontrées (gestionnaires, chercheurs, universitaires, praticiens, ACS, population locale) et leur amabilité à nous accueillir ont permis d'accéder à leur réalité, et ainsi de comprendre un peu mieux la pluralité et la complexité des situations socio-sanitaires du Brésil. La visite de trois régions différentes, éloignées les unes des autres, nous a également permis de cerner différentes réalités : rurale vs urbaine; favorisée vs défavorisée; nord-est et sud-est du pays – agricole vs secteur tertiaire; unicité et pluralité des ethnies (forte concentration d'autochtones natifs du Brésil à Fortaleza, avec une mixité forte d'ethnies à Bahia). Nous ne prétendons pas avoir tout saisi, bien au contraire. Mais une chose est certaine, cette mission nous a donné le goût de développer des liens avec ces gens et leurs institutions.

Quelques éléments de la fonction d'agent de santé communautaire brésilien sont venus nous interpeller en regard de notre système de santé au Québec. En effet, la grande réforme de 2003 au Québec dans le domaine de la santé et des services sociaux, avec l'accent mis sur l'intégration des soins et services (publics, associatifs et privés) et leur inscription dans des réseaux locaux dans une optique de responsabilité populationnelle, n'est pas sans offrir des points de similarité avec le 'système unifié de santé' voulu au Brésil.

Plus spécifiquement, il est intéressant de rapprocher le programme des «unités de santé familiale» (USF) et celui des Cliniques de réseau intégré (CRI) ou des Groupes de médecine familiale (GMF) appelés à travailler de concert avec des organismes communautaires et dont l'objectif est d'être plus proche de la population. Dans les deux cas, il y a ce souci de services de plus grande proximité de la population d'un territoire donné, d'une plus grande accessibilité et adéquation des services.

D'abord, soulignons que l'agent de santé communautaire au Brésil établit un niveau de proximité avec les membres de la communauté qui est inexistant comme tel au Québec. Chaque agent est issu de la communauté pour laquelle il travaille et il est responsable de visiter au moins une fois par mois chaque famille. Cela a pour conséquence que les populations les plus vulnérables sont bien encadrées et sont accompagnées vers les services de santé au moment opportun. Il y a donc ici un filet social tissé serré qui reflète une volonté de rendre accessible à tous les services de santé et de s'assurer que toute personne est susceptible d'être dépistée. Retenons deux choses : la proximité culturelle, puisque l'agent est issu de cette même communauté, et la proximité physique, puisqu'il visite mensuellement la famille.

Au Québec, même dans les diverses expériences de GMF ou de CRI, voire de certaines cliniques « communautaires » de quartier, il s'agit toujours de professionnels de la santé qui, pour la plupart, ne vivent pas sur le territoire et n'ont pas nécessairement une appartenance à la communauté locale pour laquelle ils travaillent. Il y a certes un réseau informel de référence à ces organismes qui permet une plus grande accessibilité aux services, mais il repose surtout sur

des institutions existantes, comme l'école, et plus rarement sur les parents ou des voisins. Et surtout, il n'y a pas de mandat spécifique et les références demeurent aléatoires, suivant les cas. Les organismes communautaires de quartier sont généralement proches de la population, mais ils ciblent, selon leurs mandats, différents types de membres de la communauté. Ils ne sont pas non plus responsables de l'ensemble d'un territoire. Ainsi, dans tous les cas, il demeure qu'une zone grise plus ou moins importante de la population est peu visitée et investie.

Peut-on envisager, dans ce contexte, et pour davantage rencontrer l'exigence d'une responsabilité populationnelle des CSSS, la mise sur pied d'un réseau comparable aux agents communautaires de santé ? N'est-ce pas dans l'esprit même, par exemple, de l'action communautaire dans un quartier que de pouvoir développer l'information nécessaire et l'accès aux services pour tous et toutes ? Quelques conditions spécifiques seraient, dans un tel projet social, à prendre en compte.

Il est sans doute possible de mobiliser des volontaires d'un quartier et de zones spécifiques à jouer un rôle comparable à celui des ACS. Mais les spécificités de notre système de santé et de services sociaux rendent cette initiative délicate sous trois aspects :

- Il est risqué de vouloir faire ici un inventaire régulier et systématique par de tels «agents» des besoins et du suivi des familles, sans se faire accuser d'intrusion ou d'invasion de la vie privée : une collaboration volontaire et consentie est nécessaire.
- La mise en place d'un tel réseau local d'ACS nécessite une formation adéquate, un financement suffisant aussi qui correspondrait aux normes du travail, et une gestion qui n'éloigne pas ces ACS de leur milieu d'appartenance tout en assurant la qualité d'une intervention «professionnelle». La référence à des réseaux de pairs ou d'entraide est ici un bon point de repère pour parvenir à un tel équilibre dans l'intervention. Mais dans tous les cas, un budget important est à prévoir, tout comme la nécessité sans doute de mobiliser d'autres acteurs, dont les municipalités.
- L'adaptation québécoise d'un mandat d'ACS serait de relier étroitement des préoccupations sociales (conditions de vie, logement, travail, isolement) à des services de santé ou d'hygiène. Peut-être est-ce davantage possible dans un contexte où la position des ACS est moins soumise, dans les quartiers, à des pressions sociales venant limiter les interventions aux seules priorités d'hygiène ou de services de base en santé. Mais cela n'est pas évident. Par exemple, l'appartenance des ACS à un milieu spécifique rend difficile la distance et l'autonomie relative requises dans des cas de 'dénonciation' de situations inacceptables, sans compromettre le lien de confiance et l'ouverture avec les gens du milieu. Par ailleurs, un lien trop affirmé avec des services publics comme les GMF ou les CRI risquerait d'éloigner ces ACS de leur mode d'action plus ancré dans leur milieu d'appartenance. Le développement d'organismes communautaires autonomes du type 'réseaux de pairs', en relation avec des cliniques et d'autres services sociaux, pourrait être une voie plus appropriée, suivant les dynamiques des divers quartiers urbains.

Il demeure que la différence essentielle entre notre actuel système de santé et le développement de la santé communautaire à la brésilienne est l'accent mis non pas sur le médecin de famille mais sur des équipes qui intègrent des agents communautaires de santé dans le but d'être le plus près possible de la population et d'être en contact avec les personnes vulnérables. Comme le mentionne un article paru dans *Le Devoir* du 6 février 2010 : « Un audacieux changement de paradigme qui a permis de réorienter la santé non plus autour du sacro-saint hôpital, mais à sa base, directement sur la ligne de front, soit autour de tout ce qu'on appelle les soins primaires ». Ainsi, cette différence entre nos deux systèmes brésilien et québécois demeure l'approche proactive que le Brésil a adoptée afin de rejoindre sa population. Là-bas, les services de santé ont décidé d'aller chercher la population chez elle pour lui parler de santé, de prévention, pour l'amener vers les services de santé, et si elle résiste à se déplacer, les agents de santé communautaire tenteront du mieux de leur connaissance de répondre aux besoins des familles. Il y a là une volonté bien affirmée que l'on ne retrouve pas ici. Lorsque les CSSS auront terminé la mise en place de tous leurs projets cliniques, tel que la nouvelle réforme l'exige, ce ne sera toujours qu'une marge de la population d'un territoire qui sera rejointe par ces programmes et toute l'énergie du personnel y sera consacrée. Que restera-t-il pour la promotion de la santé chez la population en général et le développement des communautés ?

Cette étude au Brésil nous le fait voir davantage : la mise en place des services de santé et services sociaux actuels ne permet pas de rejoindre efficacement l'ensemble de la population et des solutions sont à inventer. Il faut peut-être plus que le développement d'un nouveau programme.

---

### **Quelques références sur les agents de santé communautaires et les réformes des systèmes de santé.**

Aquino, R., Medina, M.G., Villasboas, A.L., Baquiero, C.C.D.; Nunes, C.A., Caputo, M.C., Fontoura, M.S., Pereira, M.S.L. et T.C. Torres (2001), *Treinamento introdutório das equipes de saúde da família*, (Manual Técnico).

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade (1998), *Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial*. (2<sup>a</sup> ed.), Brasília, 36p.

Ministério da Saúde (1999), *Manual para Organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. 40p.

Ministério da Saúde (1999), *Saúde da Família no Brasil: linhas estratégicas para o quadriênio 1999/2002 (resumo executivo)*, Brasília, 44p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade (2000), *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família*, Brasília, 65p.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2003), *Legislação do SUS*, Brasília, CONASS.

- Contandriopoulos, A.-P. (2003), « Les enjeux éthiques associés à la transformation des systèmes de soins », *Éthique publique*, 5(1):42-57.
- Hartz, Z. M.A. et A.P. Contandriopoulos (2004), *Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde; desafios para avaliar a implantação de um « sistema sem muros »*. (mimeo)
- Medina, M.G.; Nascimento, E.L.; Lima, M.S.; Impallari, C.; Rodrigues, R.M. et R. Aquino (2000), *Sistema de Informação da Atenção Básica. Indicadores, 1999*, Brasília : Ministério da Saúde. (Caderno Técnico).
- Medina, M.G.; Pereira, R.A.G.; Hartz, Z.M.A. et L.M.V. Silva (2003), *O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil*. Ministério da Saúde. A produção sobre saúde da família. Trabalhos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Abrasco, p. 31.
- Paim (2002), « Saúde da família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas ? » dans: *PAIM. Saúde: Política e reforma sanitária*. Salvador, Instituto de Saúde Coletiva (p. 361-365).
- Rioux Soucy , L. M. (2010), « Quand «la santé pour tous» devient réalité : Dans le nouveau système brésilien, «personne n'est laissé pour compte», du moment de la conception jusqu'à la mort », *Le Devoir*, 6 février 2010, section Santé.
- Sen, A. (2000), « Égalité de quoi ? », dans Sen, A. (dir.) *Repenser l'inégalité* (31-54), Éditions du Seuil.
- Solla, J.J.S.P., Medina, M.G. et M.B.P. Dantas (1996), O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Saúde em Debate*, 51 Londrina.
- Starfield, B. (1998), *Primary care: balancing health needs, services and technology*, New York: Oxford University Press.

# Notes de lecture

Jean-Marie Messe A Bessong, candidat au doctorat,  
Université de Montréal, Sciences humaines appliquées.

## ***1. Récits de vie et sociologie clinique***

Mercier, Lucie et Jacques Rhéaume (sous la direction de) (2007). Les presses de l'Université Laval

**R**écits de vie et sociologie clinique est le résultat d'expériences de terrain réalisées dans divers contextes : milieux universitaires et organisationnels, séminaires et ateliers de formation ou d'intervention, consultation privée. L'ouvrage présente, dans la première partie, les orientations théoriques de la sociologie clinique. La deuxième et la dernière partie font état des diverses pratiques de récits de vie comme champ d'application de la sociologie clinique.

### **I. Les orientations théoriques**

Robert Sévigny, l'un des pionniers de la sociologie clinique, dévoile, à travers son parcours, le caractère apatride de cette discipline. Celle-ci, admet-il, est une nébuleuse d'idées et de pratiques. Cette nébuleuse, qui prend appui aussi bien sur les courants sociologiques et psychologiques, tant américains qu'euro-péens, a pour finalité ultime de se questionner et, bien entendu, d'esquisser des réponses sur les rapports entre individu et société.

#### *L'opposition individu-société*

Du point de vue de la sociologie clinique, l'opposition individu-société est impossible, car un individu qui parle de sa vie exprimera toujours implicitement son expérience de la dimension sociale. Alors, dans un même récit, voisineront deux choses : l'histoire de vie de la personne et la représentation de la société. Chaque individu se construit son propre ensemble social et

personnel. La compréhension de l'individu passe par la compréhension de cet ensemble. Cette rétroaction permanente, ou contiguïté dynamique individu-société, est présente aussi bien dans les vignettes cliniques de Poupard, dans le texte de Messikh, que sur l'étude sur la toxicomanie en milieu de travail de Maranda et *alii*. En effet, à partir de son expérience de psychothérapeute en cabinet privé, Poupard présente son approche où elle intègre à son écoute les dimensions sociales et intergénérationnelles pour tenter de comprendre la part du social à l'intérieur du conflit psychique. Car, par présomption, les conflits psychologiques que peut vivre une personne trouvent souvent leur origine dans les contradictions sociales, d'où l'importance de faire la genèse sociohistorique pour en comprendre la dynamique d'interaction d'une manière globale. Contrairement aux habitudes dans le monde de la psychothérapie, Poupard se préoccupe du contexte sociohistorique d'une personne, de la trajectoire sociale de ses parents, de la famille élargie. Ces aspects de la vie d'une personne apportent un nouvel éclairage dans la résolution de certains problèmes. Quant au texte de Messikh, il rend compte de l'étroite imbrication entre la personne, son milieu familial et le contexte sociopolitique algérien. Ce récit représente un cas d'école de sociologie clinique, car il devient possible, à partir d'un vécu singulier, d'y percevoir à la fois le poids de déterminations sociales et la dynamique du sujet face à son histoire. Il en va de même de l'étude sur la toxicomanie en milieu de travail. Il fallait repérer, ici, des éléments de l'expérience vécue à travers les emplois ou les postes de travail occupés et l'histoire personnelle et sociale de la surconsommation de drogues ou d'alcool. Le récit autobiographique, dans les trois recherches, aura permis d'exposer l'histoire personnelle et sociale de chacun.

L'individu à la fois produit et producteur, est pris en compte non seulement dans sa dimension psychique, mais aussi dans son rapport au social. Mieux, il s'agit de saisir la dialectique existentielle entre l'individu produit de l'histoire et l'individu producteur de l'histoire, entre l'individu objet de ses conditions concrètes d'existence et l'individu en devenir qui cherche à se positionner en sujet de cette histoire. Ce sont autant de raisons qui induisent le rejet de l'opposition classique individu – société et posent, par voie de conséquence, la question du sujet.

#### *La question du sujet ou l'avènement de l'historicité*

L'individu, affirme de Gaulejac, n'est pas seulement agi, soumis aux déterminations sociales; il est aussi agissant, capable par sa contribution de changer le monde qui le produit et de se poser, ainsi, en sujet de son histoire. Ce retour du sujet conduit à reconsidérer les rapports entre sociologie et psychologie. Les sociologues ont besoin d'outils pour compléter leurs connaissances de l'individu, du sujet, du côté du vécu, du personnel et de la subjectivité. Les psychologues aussi ont besoin d'outils pour prendre en compte le contexte social qui détermine en partie les comportements et les conduites individuelles. Quant à Rhéaume, le retour du sujet entraîne surtout, pour lui, l'émergence d'une épistémologie pluraliste qui fait appel à plusieurs disciplines et qui favorise un échange des savoirs entre les sujets – acteurs sociaux concernés. Cette approche clinique requiert l'implication du chercheur, du formateur ou de l'intervenante. Autrement dit, cette épistémologie pluraliste a pour finalité de décroquer horizontalement - la multidisciplinarité académique - et verticalement - les diverses formes de savoir : scientifique, pratique et d'expérience - les connaissances dans la compréhension de l'action. Au passage, ce décroquement met en cause la hiérarchie dominante des savoirs, sources de pouvoir et de

domination dans les rapports sociaux et surtout dans les sociétés contemporaines où l'information et le savoir sont devenus un enjeu central.

Pour revenir à la question du sujet, il est possible d'affirmer, comme de Gaulejac, Rhéaume et d'autres auteurs, que l'homme n'est pas seulement le produit d'une histoire, il est également porteur d'une histoire dont il cherche à construire la signification. La fonction de la sociologie clinique revient finalement à comprendre comment les phénomènes individuels et sociaux s'influencent réciproquement pour empêcher ou permettre à l'individu de devenir sujet de son histoire. En effet, l'individu, affirment Laroche et Yelle, devient sujet en construisant un nouveau sens à son histoire. Pour y parvenir, il devra d'abord trouver la capacité à se distancier de cette histoire. Cette distanciation passe par la compréhension de son histoire ainsi que des processus qui l'influencent. À ce propos, l'historicité est la capacité d'abandonner ou de modifier des *habitus* pour en adopter d'autres selon la situation.

### *La méfiance des disciplines*

Les questions soulevées par la sociologie clinique comme la méfiance disciplinaire ne datent pas non plus d'aujourd'hui. La question du psychisme a toujours été au cœur de la réflexion sociologique. Quant à la méfiance disciplinaire, d'aucuns la remontent à Durkheim (1981). Ce dernier ne disait-il pas que « toutes les fois qu'un phénomène social est expliqué par un phénomène psychique, on peut être assuré que l'explication est fautive »? Cette déclaration n'atteste pas cependant chez Durkheim de la mise de la subjectivité hors du champ de la recherche sous prétexte qu'elle relèverait de la psychologie. Toutefois, si Durkheim, Marx et Weber - dont les travaux sont au fondement de la sociologie - ont accordé une place tant soit peu à la subjectivité, leurs successeurs ont expulsé de l'objet d'étude sa part subjective. En clair, beaucoup de sociologues sont mal à l'aise face à la psychanalyse et à l'approche clinique. Ils résistent à l'épreuve de faire une rencontre intersubjective. Dubar, repris par de Gaulejac, ne disait-il pas : le monde de la rencontre est un monde privé et personnel, pas de mélange avec le monde professionnel et social. « On ne raconte sa vie que quand ça va mal et à des thérapeutes » écrivait-il, et il ajoutait « la relation clinique relève généralement du domaine de la thérapie. Il réduisait ainsi l'espace de la narration à l'espace thérapeutique, d'expression de la souffrance. Pourtant, le « parler de soi », soutient de Gaulejac, est une pratique sociale (beaucoup se racontent à la télé, dans un journal, sur le net...), en développement (en formation, en art, culture, médias...). Le travail sur sa propre histoire est un moyen de développer sa capacité d'historicité c'est-à-dire la tentative d'être sujet de son histoire. Il est réducteur de limiter la relation clinique à la thérapie.

## **II. Le récit de vie, un champ d'application de la sociologie clinique**

La recherche de Maranda et ses collaborateurs, effectuée auprès d'un groupe de cols bleus municipaux, la démarche de récit de vie collectif dans un groupe de formation auprès de personnes âgées, élaborée par Lapointe *et alii* ou même la réflexion menée par Crevier sur l'utilisation de l'approche biographique dans l'univers de la gestion et des organisations, apportent la preuve que le récit de vie, plus particulièrement l'autobiographie, constitue le

champ d'application de la sociologie clinique. Si l'on peut noter, ici ou là, des points communs, il apparaît cependant quelques différences entre le récit de vie et la sociologie clinique.

En effet, l'autobiographie et la démarche clinique constituent, selon plusieurs théoriciens de la recherche et de l'intervention, une forme de réponse à la perte de sens caractéristique de l'évolution actuelle de la société. Plus le système instrumentalise l'existence, plus s'ouvre la crise identitaire ramenant au premier plan, la question «qui sommes-nous?» et la crise de sens. L'approche clinique associe recherche et intervention. Au niveau de l'intervention, cette approche met en relation deux partenaires constituant chacun une singularité sociale. Quant à la recherche, de Villers (1993) parle d'un rapport direct entre l'observateur et l'observé. Toutefois, à l'inverse de la démarche autobiographique, la recherche clinique est centrée sur le dialogue, le partage dans la production de la connaissance entre le sujet-acteur producteur de sens et un accompagnateur – chercheur, formateur ou intervenant. Dans la démarche autobiographique, le sujet acteur est au centre de gravité, il reste maître de la démarche à toutes les étapes. Est clinique, une pratique centrée sur des cas individuels, des cas qui font problème et pour lesquels il faut trouver des solutions, dans une perspective de changement, de prévention et de résolution de problèmes.

La démarche autobiographique adopte un point de vue holistique qui prend en compte tous les niveaux de la réalité sociale, sans les hiérarchiser : le niveau micro social (l'individu), le niveau méso-social (l'environnement immédiat de la personne : famille, réseau, quartier, organisation...), le niveau macrosocial (grands ensembles : classe sociale, nation, ethnie, ville...). À ce titre, Desmarais, Fortier, Bourdage et Yelle font référence, dans leur texte, à une recherche qui trace le portrait des multiples pratiques autobiographiques au Québec et établissent un parallèle avec le projet clinique. Ces auteurs soulignent la complexité de la démarche clinique caractérisée par l'articulation de la recherche, de la formation et de l'intervention.

Ainsi, l'approche biographique est centrale en sociologie clinique, car elle s'adresse à l'histoire de la vie de l'individu singulier et de l'individu social. Le travail sur son histoire permet de repérer le développement des rapports sociaux, de dégager les contraintes sociales, ce qui facilite l'aptitude à devenir sujet et ne pas être seulement «le produit de son histoire». Car si l'on ne peut pas modifier son histoire, on peut modifier le rapport à celle-ci. L'enjeu se situe entre «déterminisme» et liberté. La personne prend conscience qu'elle ne peut, à la fois, être entièrement façonnée par des influences extérieures et être un sujet totalement libre.

La sociologie clinique, telle qu'elle apparaît dans cet ouvrage, se pose en s'opposant à certains fondements de la sociologie – méfiance disciplinaire, opposition individu-société, neutralité du chercheur. La démarche clinique consacre ainsi le retour du sujet dont les incidences sont déjà manifestes et le seront davantage à moyen et à long terme dans le milieu de la recherche comme dans celui de la pratique. En effet, la reconsidération des rapports entre sciences sociales et sciences humaines, et entre savoir académique, professionnel et d'expérience, est à l'ordre du jour et se réifie à travers la notion d'épistémologie pluraliste chère à Rhéaume. Toutefois, cette épistémologie devra cohabiter – combien de temps encore, nul ne le sait – avec les écueils corporatistes, narcissiques et dogmatiques qui freinent l'émergence d'une sociologie du sujet.

En définitive, cet ouvrage ne se limite pas seulement à faire un état des lieux de la discipline ou mieux, à la présentation théorique de la sociologie clinique. Il est aussi le résultat d'expériences de terrain variées où le récit de vie constitue le champ d'application privilégié de la discipline. En effet, avec le récit de vie comme outil, la sociologie clinique aborde une question sociale à partir de l'individu et répond ainsi, à sa manière, à une des aspirations fondamentales de la sociologie : proposer une description de l'homme total. Avec ses moyens, la sociologie clinique y parvient par le truchement de l'articulation de la sociologie à la psychologie. Voilà autant de raisons qui incitent à la lecture de cet ouvrage.



**2. La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques**  
**De Gaulejac, Vincent, Fabienne Hanique et Pierre Roche (2007). Éditions érès.**

Dès l'introduction, de Gaulejac et Roche attirent l'attention sur la centralité de la question du sujet à notre époque. En effet, soulignent-ils, cette question émerge dans un contexte paradoxal où, d'une part, l'individu aspire à plus d'autonomie, de responsabilité, de mobilité, de capacité de s'affirmer. Cependant, cet individu semble, d'autre part, toujours plus plier l'échine sous le fardeau d'être soi et d'avoir à trouver sa place. Autrement dit, entre l'individualisme triomphant, le déclin des grands systèmes théoriques et la crise du symbolique, chaque individu est renvoyé à lui-même pour produire le sens de son existence. Quant aux sociologues, pour trouver le sens des conduites humaines, ils ne doivent plus référer exclusivement aux inscriptions structurelles de celles-ci. En complément aux méthodes classiques de recherche, ils doivent se pencher désormais sur l'individu. La démarche clinique devient aussi de plus en plus incontournable pour saisir la réalité existentielle des rapports sociaux.

Cet ouvrage collectif se structure en deux parties. La première explore les fondements épistémologiques de la sociologie clinique. Cette dernière, sans être une production ou une création spontanée, s'inscrit indéniablement dans l'histoire des sciences sociales. Pour s'ajuster à cette nouvelle discipline, ces sciences sociales requièrent une interrogation permanente sur le processus de subjectivation et sur les capacités du chercheur à comprendre les phénomènes sociaux de l'intérieur en développant une subjectivité réflexive. La deuxième partie présente les recherches de terrain et d'intervention qui décrivent les différentes facettes de la démarche clinique. Cela dit, au-delà de la diversité des terrains et des méthodes d'investigation, émerge une identité commune qui définit les caractéristiques de la sociologie clinique.

**I. Les fondements épistémologiques de la sociologie clinique**

Si l'affirmation de l'intérêt heuristique d'une démarche clinique en sociologie est relativement récente, les questions soulevées ne sont pas nouvelles. Ces questions sont déjà présentes dès l'origine de la sociologie. Par exemple, la question du psychisme a toujours été au cœur de la réflexion sociologique. À ce titre, de Gaulejac décrira les débats introduits par le Collège de Sociologie notamment, le freudo-marxisme, l'école de Francfort, la question du pouvoir, les sentiments sociaux. Il montre comment W. Reich et G. Devereux ont remis en question les clivages disciplinaires sur les questions théoriques et cliniques. Il évoque aussi la défense portée notamment par la psychosociologie, la psychologie sociale et la socioanalyse, de la nécessité de sortir de l'opposition entre sociologie et psychologie ainsi que l'intérêt que ces disciplines ont manifesté face à l'apparition de la démarche clinique dans l'intervention sociale.

Rhéaume propose, dans le contexte de sociologie clinique, la rupture d'avec cette approche classique qui se matérialise par la reproduction des inégalités caractéristiques de la production du savoir. À la place, ce dernier plaide pour une épistémologie pluraliste qui s'illustre par des rapports de collaboration égalitaristes et complémentaristes - dans la recherche comme dans l'intervention - entre les savoirs scientifiques, les savoirs techniques et les savoirs issus de l'expérience existentielle.

Ceci étant, malgré ses particularités méthodologiques et épistémologiques - promotion de la subjectivité, rejet de la neutralité du chercheur, et décloisonnement horizontal et vertical des formes de savoirs par le truchement de l'épistémologie pluraliste - la sociologie clinique demeure et reste une sociologie qui s'inscrit notamment dans le champ de la sociologie compréhensive définie par Max Weber. La sociologie clinique se distingue toutefois de cette dernière. L'interprétation, par exemple, n'est pas la phase ultime du processus de recherche. À sa place, la sociologie clinique constitue un va-et-vient permanent entre le chercheur et l'objet, la théorie et la pratique, le réflexif et le subjectif. La particularité fondamentale de la démarche clinique est de se mettre à l'écoute du vécu des acteurs, de considérer que leur connaissance des phénomènes sociaux est essentielle pour analyser et comprendre la société.

### *La subjectivité, une voie à l'objectivité*

La subjectivité du sociologue clinicien, question centrale dans cet ouvrage et bien entendu en sociologie clinique, renvoie à la recherche d'objectivité en science sociale. L'analyse de l'implication subjective du chercheur, selon Bouilloud, est la seule possibilité de tendre à l'objectivité en science sociale. Reprenant à son compte Devereux (1980), Mattelé dira que la subjectivité du chercheur propre à toute observation est la voie royale vers une objectivité authentique. Autrement dit, en réaction au positivisme, il s'agit de considérer la subjectivité, c'est-à-dire les réactions personnelles du sociologue à son objet d'étude, comme les données fondamentales de la connaissance. Il s'agit d'intégrer la subjectivité du chercheur et aussi de la prendre comme objet d'étude. La spécificité des sciences de l'homme par rapport aux sciences de la matière réside dans le fait que le chercheur est dans son objet, et que cet objet est pour une part inscrit dans la vie du chercheur. Le chercheur est donc un « autobiographe malgré lui », car les éléments de son histoire se retrouvent dans sa production intellectuelle. De ce fait, la pratique de récit de vie est à la fois outil de connaissance et outil de changement, de compréhension et d'émancipation. Cette pratique de récit de vie permet la compréhension du sujet par lui-même, ce qui correspond à une démarche compréhensive en science sociale.

Par ailleurs, Roche est l'un de ces auteurs qui résistent à opérer une rupture radicale au niveau même du postulat de base de la sociologie. Autrement dit, il ne veut surtout pas considérer les faits sociaux comme un accomplissement pratique produit par les acteurs. Pour lui, les faits sociaux restent une réalité objective qui s'impose aux acteurs. Les recherches sociologiques sont alors menées afin de dégager les processus sociaux qui participent à l'assujettissement du sujet. Il invite à sa manière à revisiter la question du sujet. Car l'existence de celui-ci n'est pas donnée, mais est le résultat d'un processus de subjectivation réflexif, affectif et social. Autrement dit, le sujet est d'abord assujetti, assigné à une place, inscrit dans une trame historique. L'individu est à la fois produit et producteur de la société. Par la subjectivation, il peut penser, désirer et agir pour occuper d'autres places que celles qui lui ont été socialement et institutionnellement affectées.

## **II. La démarche clinique à travers deux concepts**

Le lecteur prendra acte, à la deuxième partie, de la diversité des problèmes évoqués en lien avec la pratique quotidienne du chercheur. De cette diversité des problèmes, émergent deux

concepts caractéristiques de la sociologie clinique. Il s'agit de l'implication et du travail contre-transférentiel du chercheur. En effet, les auteurs proposeront, à partir de leurs terrains respectifs, des variantes aussi bien de l'implication que du contre-transfert du clinicien.

### *De la neutralité à l'implication du chercheur*

Barus Michel nous propose une conception large de l'implication. Le chercheur, nous dit-elle, n'est pas indemne, neutre, il est impliqué. Il est influencé par ce qu'il entend, perçoit, déchiffre, il porte un jugement. Cette implication ne se réduit pas à l'intérêt du chercheur ou à la part subjective qu'il peut prendre à une situation d'enquête ou d'intervention. Le chercheur ne peut s'abstraire de ses options politiques, idéologiques et donner l'impression que ses références théoriques ne reflètent pas les options ci-dessus ou encore que ses choix méthodologiques sont étrangers à ses options. Le chercheur est impliqué de bout en bout de sa démarche. L'implication ne se réduit pas non plus à l'empathie, à la bienveillance ou à se mettre un peu à la place de l'autre. Il faudrait encore aiguïser sa sensibilité et partager quelque chose de son expérience au-delà des faits. L'implication du chercheur revient à aller au plus près des acteurs, soutient Causse. Celle-ci prolonge la réflexion de Barus sur l'implication, à partir d'une recherche conduite dans une maison de retraite avec des aides soignantes. Pour Causse, l'implication, dans son cas, c'est se déplacer sur le terrain des aides soignantes et revêtir leur blouse blanche afin de partager quelque chose de leur quotidien. C'est aussi aller au plus près de l'autre sans risque de confusion des rôles. Cette posture de proximité, n'est pas possible au travers de la seule démarche d'entretien. Dans un esprit non loin de Causse, Gratton affirmera qu'il n'est pas de recherche sans l'immersion du sociologue dans le milieu étudié. L'auteur introduit le concept de « l'éthique de la restitution suspensive », car il est des situations de recherche, souligne-t-il, où le chercheur ne peut pas connaître de l'intérieur la réalité de ceux à qui il s'adresse, quand il ne partage pas leurs conditions de vie. Gratton traite, ainsi, les limites de l'implication à partir de sa recherche effectuée sur les pères gays.

### *Le contre-transfert*

Le contre-transfert lié à l'implication est un concept récurrent dans la plupart des chapitres. Le contre-transfert, souligne Blondel, consiste pour le sociologue à saisir en quoi les normes (morales, sociales, politiques...) d'autrui le heurtent. Ainsi, autant Causse, Gratton, et Rizet développent la proximité à leur terrain d'étude respectif - les aides-soignantes, les pères gays, le militantisme à la ligue communiste révolutionnaire – autant ils effectuent un travail contre-transférentiel.

Ainsi, repérer les préjugés à l'œuvre chez autrui comme chez soi dans le contexte du contre-transfert, est une condition de la production d'un savoir sociologique. Pour la production de ce savoir, le sociologue doit être capable de se situer entre le sujet parlant et lui-même. L'épistémologie pluraliste rejoint les réactions contre-transférentielles. Car la diversité des horizons culturels, institutionnels, géographiques, sociaux des uns et des autres contribue à l'enrichissement de la problématique et chacun profite des interrogations construites par les uns et les autres à partir de leurs univers respectifs. Les participants se situent dans un échange où ils sont tantôt les enseignants, tantôt des apprenants.

L'analyse contre-transférentielle, y compris transférentielle, retient-on de cet ouvrage, se fait tant entre le chercheur et son objet, qu'entre les différents interlocuteurs concernés. Cependant, les différentes modalités d'analyse mériteraient d'être approfondies, comparées.

Il faudrait revoir le rapport entre sociologie clinique et psychanalyse. Quand on parle de clinique, doit-on forcément se référer à la clinique de Freud et à celle de ses successeurs? Autrement dit, ne pourrait-on pas analyser les processus inconscients en dehors du cadre de la cure?

En conclusion, nous recommandons la lecture de ce livre, car la sociologie clinique dont il est question, et en dépit des interrogations théoriques ci-dessus, se propose de penser à la fois l'individuel et le collectif, le changement personnel et les mutations sociales. Enfin, se ressourçant dans plusieurs disciplines, la sociologie clinique est, à ce jour, un exemple notable de collaboration entre la psychologie et la sociologie et, par conséquent, une approche heuristique de grande importance.

## Résumés

### **L'implantation du CRF au CLSC de Côte-des-Neiges. Une entrevue avec Robert Sévigny**

Entrevue par Spyridoula Xenocostas

Cette entrevue a été réalisée auprès de Robert Sévigny, l'un des fondateurs du Centre de recherche et de formation (CRF) du CSSS de la Montagne, et professeur émérite du département de sociologie de l'Université de Montréal, maintenant à la retraite. Cet entretien retrace les origines du CRF, à l'époque où Robert Sévigny en était le directeur scientifique, soit de 1993 à 1999. Divers aspects sont ainsi couverts, des motifs qui ont mené à l'émergence du CRF, aux principaux défis rencontrés lors de son implantation, en passant par la création des partenariats, l'orientation vers la sociologie clinique et le développement du créneau sur la pluriethnicité.

**Mots-clé : Robert Sévigny, centre de recherche et de formation, centre affilié universitaire (CAU), CLSC de Côte-des-Neiges, sociologie clinique, CSSS de la Montagne, partenariat en recherche**

*This interview was conducted with Robert Sévigny, one of the founders of the Research and Training Centre (RTC) of the CSSS de la Montagne and former professor emeritus of the sociology department at the Université de Montréal, now retired. The interview covers the origins of the RTC, from 1993 to 1999, a time when Sévigny was its scientific director. Various aspects are discussed, from the factors leading to the RTC's creation to the principal challenges encountered during its establishment, as well as the creation of partnerships, the orientation toward clinical sociology and the development of a niche for research on multiethnicity.*

**Key words: Robert Sévigny, Research and Training Centre, University Affiliated Centre (CAU), CLSC Côte-des-Neiges, Clinical Sociology, CSSS de la Montagne, Research Partnership**

---

## **L'expérience de recherche au CSSS de la Montagne. La perspective de la sociologie clinique**

Jacques Rhéaume

Nous présentons dans ce texte nos réflexions et une analyse impressionniste touchant les travaux du Centre de recherche et de formation (CRF) au CSSS de la Montagne, à partir de notre expérience de directeur scientifique depuis 1999, et celle de directeur adjoint à la formation (1997-1999) sous la direction de Robert Sévigny, premier directeur scientifique du CRF au CLSC Côte-des-Neiges. Pour ce faire, nous retraçons rapidement quelques repères les plus importants de l'évolution du cadre institutionnel et organisationnel de la recherche au CSSS de la Montagne et de celle de la programmation, de l'équipe de recherche (depuis 1993) et, depuis 1998, du Centre affilié universitaire (CAU). Dans une deuxième partie, nous analysons cette évolution à partir d'un énoncé schématique de la sociologie clinique, désormais inscrite dans nos textes officiels. Nous concluons en montrant comment une approche de sociologie clinique est avant tout une méthodologie de production des savoirs, méthodologie au sens épistémologique du terme, le tracé d'un «chemin» de poursuite de la connaissance (*meta* : vers, suivant; *odos* : chemin).

**Mots-clés : Sociologie clinique, échange des savoirs, multidisciplinarité, recherche intervention, partenariat**

*This text presents the author's reflections on, and impressionistic analysis of, the work of the RTC of the CSSS de la Montagne, based on his experience as scientific director since 1999, and as assistant director for training (1997–1999) under the direction of Robert Sévigny, the first scientific director of the RTC at the CLSC Côte-des-Neiges. He first briefly reviews the most important milestones in the evolution of the institutional and organizational framework for research at the CSSS de la Montagne, and also of the programming, the research team (since 1993) and, since 1998, the university affiliated centre. Secondly, he analyzes this evolution according to a schematic statement of clinical sociology, now integrated into the official texts. He concludes by showing how a clinical sociology approach is first and foremost a methodology for the production of knowledge, “methodology” taken here in its epistemological sense to mean the path pursued in a quest for knowledge (meta: toward, beyond; odos: path).*

**Key words: Clinical Sociology, Knowledge Exchange, Multidisciplinarity, Research Intervention, Partnership**

---

**Vania Jimenez, médecin et chercheure d'or**

Hélène Vadeboncoeur

Cet article présente la carrière en recherche de Vania Jimenez, médecin de famille spécialisée en obstétrique et cofondatrice du Centre de recherche et de formation. Ce médecin, qui portait déjà un vif intérêt aux questions touchant la périnatalité, a entamé, à partir des années 1990,

des recherches gravitant autour de cette thématique. Puis, dans les années qui ont suivi, elle s'est interrogée, dans diverses études, sur une possible ouverture, en contexte pluriethnique, de la pratique médicale à d'autres réalités, sur la prise en compte de la dimension culturelle dans les soins de santé, et enfin sur le rapport des femmes au discours en périnatalité.

Ses recherches et sa pratique l'ont menée récemment à la création de la Maison Bleue, un organisme qui accueille des femmes enceintes et des jeunes familles du quartier Côte-des-Neiges. Cette expérience répond par ailleurs à plusieurs préoccupations de recherche de Vania Jimenez, et constitue le cadre de son tout dernier projet sur le portage culturel des femmes enceintes immigrantes.

**Mots-clés: Vania Jimenez, médecine familiale, périnatalité, Maison Bleue**

*This article presents the research career of Vania Jimenez, family physician, obstetrician and co-founder of the Research and Training Centre. Pursuing a keen interest in issues related to perinatality, she undertook research on the subject in the 1990s. In later years, she has explored, in various studies conducted in a multiethnic setting, the possibility of opening up the practice of medicine to other realities, the consideration of cultural factors in the delivery of health care, and women's views on perinatality issues.*

*Her research and practice have recently brought her to be the co-founder of La Maison Bleue, an organization which welcomes pregnant women and young families from the Côte-des-Neiges neighbourhood. This experience has in turn informed several of Dr Jimenez's areas of research and serves as a framework for her most recent project, on cultural support for pregnant immigrant women.*

**Key words: Vania Jimenez, Family Medicine, Perinatality, Maison Bleue**

---

**Retour de mission: visite au Brésil pour disséminer de l'information sur les déterminants sociaux de la santé et les vulnérabilités sociales**

Roger Côté  
Lise Renaud  
Jacques Rhéaume  
Margareth Zanchetta

Cette note de terrain relate une expérience vécue par une équipe de chercheurs et d'intervenants au Brésil, en juin 2009. Ce voyage avait pour objectif de rencontrer des intervenants brésiliens en santé communautaire, de mieux connaître la structure des unités de santé familiale du Brésil, de disséminer de l'information sur les déterminants sociaux de la santé, et de créer des liens entre les institutions canadiennes et brésiliennes impliquées dans le domaine communautaire.

Les auteurs y abordent donc ces thèmes, et exposent les principaux enjeux qui y sont liés : la mission particulière des agents de santé communautaires (ACS) auprès des familles, les problèmes posés par l'omniprésence de la violence dans certaines régions, ainsi que les différents défis associés au rôle des ACS : bureaucratisation croissante, échelle salariale inadéquate par rapport à leur degré de formation, hiérarchisation importante des rapports avec les infirmières et les médecins, manque d'outils pour agir sur les déterminants sociaux de la santé, etc. Enfin, les auteurs font également un parallèle entre les systèmes brésilien et québécois, en lien notamment avec l'approche populationnelle propre aux CSSS.

**Mots-clés : Brésil, agents de santé communautaires, déterminants sociaux de la santé, unités de santé familiale, centres communautaires de santé**

*This field note recounts the experiences of a team of researchers and service providers visiting Brazil in June 2009. The aim of their trip was to meet with Brazilian community health care providers, to become familiar with the structure of Brazil's family health units, to disseminate information on the social determinants of health, and to forge links between Canadian institutions working in the field of community care and their Brazilian counterparts.*

*The authors explore these themes as well as the central issues related thereto: the special mission of community health agents (ACS) in their work with families, the problems arising from rampant violence in certain regions, and the numerous challenges faced by ACSs: increasing bureaucratization, inadequate remuneration with respect to their level of training, highly hierarchized relations with nurses and physicians, lack of tools for impacting on the social determinants of health, and so on. The authors conclude by drawing a parallel between the Brazilian and Québec systems, particularly with respect to the populational approach that distinguishes the CSSS.*

**Key words: Brazil, Community Health Agents, Social Determinants of Health, Family Health Units, Community Health Centre**



**Centre de santé et de services sociaux  
de la Montagne**



Centre affilié universitaire

**CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION**  
1801, boul. de Maisonneuve Ouest  
6<sup>e</sup> étage  
Montréal, Québec  
H3H 1J9

Tél. : 514 934-0505, poste 7609  
[Binhou.Mathieu.DLM@ssss.gouv.qc.ca](mailto:Binhou.Mathieu.DLM@ssss.gouv.qc.ca)