

CHAPITRE

3

L'APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE

Illustration dans un contexte de réadaptation au travail

Daniel Côté
Jessica Dubé
Maude Arsenault

FORCES

- Elle permet de décrire en profondeur le fonctionnement de divers groupes sociaux et organisations tel qu'il est vécu et perçu au quotidien.
- Elle analyse des facteurs externes qui influencent les émotions, les comportements, les motivations et les réactions individuels.
- Le séjour prolongé sur le terrain permet d'observer de manière fine et complexe une situation donnée et d'assurer la constance de l'analyse.

LIMITES

- La description d'une situation particulière ne permet pas la généralisation.
- La présence sur le terrain demande beaucoup de temps et peut engager des coûts considérables.
- Il y a un risque de se restreindre à un réseau limité d'acteurs et de négliger certains autres (sélectivité).

La recherche qualitative est généralement considérée comme étant interprétative, c'est-à-dire qu'elle cherche à comprendre le sens que les acteurs accordent aux choses du quotidien et aux différentes situations dans lesquelles ils se retrouvent (Joas et Knöbl, 2009). On peut relever de nombreuses approches comme la théorisation ancrée, l'interactionnisme symbolique ou la phénoménologie herméneutique, qui, souvent, s'inspirent d'une démarche ethnographique (Müller, 2015).

Nous nous pencherons ici sur l'ethnographie, qui nous semble moins connue dans le champ de la réadaptation. Nous tenterons de définir l'ethnographie, d'en dessiner les contours et de mettre en lumière le fonctionnement de cette approche méthodologique.

L'ethnographie s'est développée historiquement en anthropologie (ou ethnologie) (Boas, 1911; Evans-Pritchard, 1940; Lévi-Strauss, 1949; Malinowski, 1922). Cette dernière visait à mieux comprendre les modes de vie des sociétés non occidentales ou dites « traditionnelles ». L'ethnographie a été l'outil de recherche privilégié pour y parvenir puisqu'elle permet d'observer *in situ* en prenant part à la vie quotidienne des peuples qu'elle tente de comprendre. Comme on le verra, l'ethnographie n'élimine pas la pertinence de l'étude des facteurs idiosyncrasiques, c'est-à-dire des facteurs qui sont propres à l'individu (affects, émotions, perceptions), mais elle offre une approche complémentaire qui permet d'explorer les logiques qui fondent une société et les sens partagés (Bateson, 1972a), ainsi que les rapports entre le psychisme, la biologie, la société et la culture (Massé, 1995). Cette complémentarité est très utile, notamment quand il s'agit de comprendre les facteurs qui influencent la réinsertion professionnelle.

L'ethnographie est une discipline qui cherche à comprendre un univers complexe et dont les approches visent à cerner les différences entre les êtres humains (Agar, 1982). C'est aussi l'ethnographie qui rend possible la perspective comparative, synchronique ou diachronique, qui caractérise d'ailleurs la démarche anthropologique dans son ensemble (Weber, 2015). Pour repérer les caractéristiques des constructions sociales, elle a permis de développer une variété de méthodes, de techniques d'enquête et d'analyse. Elle rend possible la production et l'analyse des données descriptives à partir de la parole échangée lors de contacts de proximité, ou bien à partir de l'observation directe de situations d'interactions, ou encore celle de contextes de vie quotidienne. Pour faire sa collecte de données, l'anthropologue note dans un journal de bord, par exemple, ses observations, qui lui servent à mettre en évidence l'imbrication complexe entre les catégories de l'expérience personnelle et les catégories culturelles, c'est-à-dire partagées dans des communautés territoriales (pays, quartiers, institutions, etc.), ou encore d'identité (jeunes, personnes en situation d'itinérance, ayant des troubles mentaux,

immigrants ou membres de minorités ethniques, religieuses ou linguistiques, etc.), faisant apparaître des milieux complexes qui, souvent, servent de points d'ancrage et de structuration à ces expériences. L'ethnographie tente le plus souvent possible de décrire ou de reconstituer les modes de vie et l'univers de sens et de pratiques (pensées, croyances, représentations) des personnes dans les termes et les expressions qui leur sont propres, tout en situant cet univers dans un champ de pratiques et de représentations sociales (environnement social et culturel, milieu professionnel, etc.) (Symon et Cassell, 1998).

Ce chapitre se divise en deux sections : la première aborde des questions d'ordre épistémologique et paradigmatique ; elle présente les fondements théoriques de la recherche ethnographique, les méthodes de collecte de données, et les exigences pratiques d'un devis ethnographique et ses critères de scientificité. La deuxième section porte sur l'application de l'approche ethnographique pour répondre à des questions de recherche bien précises. Pour y parvenir, nous décrirons le cadre méthodologique d'une étude sur la réadaptation au travail qui s'inspire d'une approche ethnographique et qui vise à documenter la construction et le maintien de l'alliance thérapeutique (AT) entre des travailleurs immigrants ayant subi une lésion professionnelle indemnisée et leurs divers thérapeutes dans un contexte clinique interdisciplinaire.

L'apport de l'approche ethnographique sera mis en évidence. En parcourant l'ensemble du chapitre, le lecteur pourra en concevoir les variantes et comprendre les forces et les limites de cette approche par rapport aux autres méthodes de recherche qualitative.

1. ORIGINE ET FONDEMENTS THÉORIQUES DE L'APPROCHE ETHNOGRAPHIQUE

L'ethnographie s'est développée en anthropologie à la fin du XIX^e siècle et est devenue la pièce maîtresse de cette discipline tout au long du XX^e siècle. Pour comprendre des modes de vie différents, les anthropologues font de longs séjours sur le « terrain » à étudier les us et coutumes des peuples avec lesquels ils entrent en contact, en focalisant parfois sur des phénomènes précis comme la musique, la religion populaire, l'alimentation, l'éducation des enfants, l'économie locale, les structures de la parenté et de l'organisation familiale, la mythologie, mais aussi la médecine, la santé et la guérison (Lenclud, 2000).

L'ethnographie est appelée aussi « observation participante », car de façon traditionnelle, dans cette discipline, il s'agit de vivre dans des groupes humains pour mieux saisir leurs caractéristiques propres. Outre en

anthropologie, l'ethnographie a connu un certain succès en psychologie notamment par la diffusion des travaux de Gregory Bateson (Bateson, 1972b) et d'Erving Goffman (Goffman, 1961), connus respectivement pour leur contribution à la théorie de la double contrainte (*double bind*)¹ et la théorie de la stigmatisation². De nos jours, l'ethnographie n'est plus une chasse gardée de l'anthropologie sociale et culturelle ni des autres sciences sociales; diverses sciences de la santé tentent de s'approprier ses principes et ses exigences pratiques afin de mieux cerner les modes de vie des personnes dites « vulnérables » ou qualifiées parfois de « marginales », de même que les exigences sociales à leur égard dans les milieux urbains (Engebretson, 2011; Russell *et al.*, 2012; Sinclair, Lingard et Mohabeer, 2009; Thomson, 2008, 2010).

Plusieurs paradigmes ou modèles épistémologiques peuvent orienter l'approche ethnographique. Des paradigmes comme le positivisme, l'interprétativisme ou le constructivisme, pour ne citer que ceux-là, peuvent influencer la manière de construire l'objet de recherche et le choix des outils d'enquête. Depuis la deuxième moitié du XX^e siècle, le constructivisme a grandement influencé les chercheurs en sciences sociales, qui considèrent que la connaissance n'est jamais purement neutre et objective et qu'elle ne peut pas faire abstraction de la sensibilité et de la subjectivité du chercheur et de l'ancrage de ce dernier dans un environnement social, culturel, politique et économique donné (Burr, 2003). Cet environnement possède des structures, des normes et des modèles de fonctionnement qui se sont développés au fil du temps et qui demeurent en mouvement constant. La science, comme système et comme construction historique, n'y échappe pas. Le paradigme constructiviste accorde aussi à l'individu la capacité d'appréhender la réalité et de la transformer.

1. Cette théorie repose sur le surgissement d'un paradoxe dans des interactions où l'un des protagonistes, généralement en position de subordination, se voit obligé de répondre à au moins deux obligations dont l'accomplissement de la première nuit, annule ou contrevient à l'accomplissement de la seconde. Cette injonction paradoxale n'est pas toujours apparente puisque les deux obligations sont toutes deux légitimes, voire nécessaires, bien que situées à des niveaux différents. Par exemple, les attentes de rendement qui ont été définies au sein d'une organisation sont-elles toujours cohérentes avec l'atteinte d'objectifs personnels pouvant découler d'une éthique professionnelle et de l'application d'un code de déontologie? (Côté et Dubé, 2018.)
2. La théorie de la stigmatisation s'inscrit dans un cadre théorique interactionniste. Il cherche à mettre en relief les mécanismes par lesquels une personne, porteuse d'attributs qui peuvent être vus comme discréditants, développe des stratégies pour maintenir une image de soi acceptable ou pour éviter la discrimination, et ce, au risque de s'isoler socialement et de dissimuler certaines informations de nature médicale (qui pourraient se révéler utiles, voire nécessaires dans la planification du retour au travail et l'aménagement de poste, ce qui peut être matière à paradoxe dans le sens énoncé plus haut). Cette théorie soutient qu'il existe des normes culturelles dominantes auxquelles il est difficile de se soustraire ou qu'on a pleinement intégrées à moins d'assumer sa différence, voire de la revendiquer et de s'inscrire en marge du système, comme c'est le cas de certains mouvements sociaux.

Dans ce paradigme, l'action de l'intervenant se déplace de l'individu aux situations à changer. L'objectif de la recherche ethnographique vise à comprendre le sens que des individus, dans une même situation, un même groupe, donnent aux événements et aux situations de leur vie quotidienne ; la recherche tente de comprendre par quels processus et dans quelles circonstances se construit le sens ou la représentation d'une situation donnée, comme toute l'expérience émotionnelle qui s'en dégage (Chwalisz, Shah, et Hand, 2008). Car, pour reprendre les termes du sociologue américain Herbert Blumer (Blumer, 1969), c'est en fonction du sens donné aux choses qui les entourent que les gens orientent leurs conduites. La théorie de la stigmatisation en santé mentale découle de ce même paradigme (Goffman, 1975). L'anthropologie s'inspire généralement de ce paradigme, en admettant que le sujet, s'il est influencé par le contexte dans lequel il vit, puisse aussi y jouer un rôle actif et structurant ; ce type d'études comporte souvent une visée émancipatrice (*empowerment*) en faisant connaître des situations qui étaient restées dans l'ombre jusque-là, et cela, même dans le contexte de la rencontre clinique, comme c'est le cas avec Kleinman (1980)³. Certains auteurs ont développé une approche ethnographique dite « institutionnelle » qui cherche à illustrer le point de vue et le vécu d'une pluralité d'acteurs qui se situent les uns par rapport aux autres dans des positions hiérarchiques ou dans des rôles différents (thérapeutes, gestionnaires, utilisateurs de services, etc.) (Moll *et al.*, 2013 ; Smith, 2002). Une approche ethnographique similaire liée à l'anthropologie des organisations s'est développée également au début des années 2000 en tentant de décrire et de comprendre comment fonctionnent les organisations complexes, notamment la manière par laquelle une certaine configuration des rapports sociaux se met en place, derrière le jeu complexe des interactions interpersonnelles (Braun et Kramer, 2018 ; Gaggiotti, Kostera, et Krzyworzeka, 2017 ; Garsten et Nyqvist, 2013 ; Sinclair *et al.*, 2009 ; Smith, 2005). En 2011, la revue spécialisée en gestion *Journal of Management Studies* présentait dans son éditorial un numéro spécial consacré à l'apport de l'ethnographie à l'étude des organisations.

3. Le psychiatre et anthropologue américain Arthur Kleinman a développé le concept de « modèles explicatifs de la maladie » (*illness explanatory model*) à la fin des années 1970 (Kleinman, 1980). Ce concept comprend neuf rubriques, dont la perception des causes du problème, la manière de le nommer, l'origine présumée de ce problème, ses effets sur la personne souffrante, les peurs qui lui sont associées, la perception du traitement idéal, les attentes de résultats par rapport au traitement actuellement reçu, etc. Ce concept a été repris dans l'élaboration d'une grille d'entrevue par des chercheurs montréalais en psychiatrie transculturelle (Groleau, Young et Kirmayer, 2013). Cette grille remet en question explicitement la relation thérapeute-patient, la dimension affective liée au problème, la démarche de recherche de solutions et tout l'univers social dans lequel la maladie prend place et se définit.

1.1. Pourquoi choisir l'ethnographie parmi les approches qualitatives ?

En général, la méthode ethnographique est utilisée quand les chercheurs veulent étudier le fonctionnement de divers groupes sociaux, à la différence de la phénoménologie (chapitre 2), plus centrée sur le vécu subjectif des personnes et sur la dimension narrative de l'expérience. L'approche ethnographique permet de cerner des contextes plus larges et des situations données où les acteurs prennent place et interagissent; l'unité d'analyse est davantage une collectivité donnée que l'individu proprement dit, même s'il faut passer par la collecte des perceptions individuelles pour y parvenir (Spencer, Krefting, et Mattingly, 1993). Elle propose donc un regard plus systémique sur une réalité donnée (Mucchielli, 1998).

Dans le champ très vaste de la réadaptation, physique ou psychosociale, et comme dans les autres disciplines de la santé, il est reconnu que l'attitude des utilisateurs de services, leurs représentations de la maladie, leur motivation à suivre un traitement et leurs attentes de résultats par rapport au traitement reçu influencent grandement le processus de rétablissement (Coutu *et al.*, 2007). Or, ceci peut être particulièrement problématique dans des relations thérapeutiques où clients et thérapeutes ne partagent pas les mêmes référents culturels (Asnaani et Hofmann, 2012; Cohen *et al.*, 2013; Coleman, 2000; Fuertes *et al.*, 2006; Schouten et Meeuwesen, 2005; Vasquez, 2007). Une recherche ethnographique peut alors s'intéresser aux caractéristiques de la rencontre thérapeutique et en définir les contours (formes de communication verbales et non verbales, stratégies mises en œuvre des programmes, contraintes institutionnelles, etc.) pour porter la réflexion à la fois sur l'adhésion au traitement au-delà de la désignation de facteurs strictement personnels, et sur le plan des interactions interpersonnelles et de possibles contraintes systémiques ou organisationnelles (MacEachen *et al.*, 2010).

1.2. Exigences pratiques d'un devis ethnographique et quelques étapes à suivre

Faire de l'ethnographie, c'est d'abord choisir un terrain d'enquête à partir duquel et à travers lequel prendront place des événements plus ou moins familiers pour le chercheur, parfois même étrangers, où l'ethnographe sera placé en situation d'interaction constante avec des personnes qui deviendront ses informateurs clés (Winkin, 2001). Toutefois, l'ethnographe se heurte souvent à un enjeu méthodologique de taille, qui est d'obtenir l'accès au site et de définir son rôle sur le terrain (observateur, intervenant, etc.) (Silverman, 2011). C'est que l'ethnographe est rarement attendu sur le terrain. Et malgré les autorisations officielles qu'il a pu obtenir préalablement, sa présence peut être gênante pour certaines personnes, qui se sentent

observées, notées, évaluées, ou épiées. De plus, il peut être difficile pour les participants à ce type d'études de comprendre ce modèle de recherche. C'est pourquoi il est souvent préférable d'attendre quelques semaines avant de solliciter des entrevues et de sortir carnets de notes, enregistreurs et autres appareils audiovisuels. L'ethnographe doit gagner la confiance des personnes du milieu à l'étude; il doit même, idéalement, arriver à se faire oublier en devenant en quelque sorte l'«un des leurs».

La présence sur le «terrain» (p. ex. en clinique, en milieu de travail, au sein d'un organisme communautaire) compte parmi les exigences pratiques de l'ethnographie (Nader, 2012) pour observer *in situ* ce qui s'y passe, ce qui se dit, qui fait quoi, dans quelles circonstances et à quel moment précis. L'ethnographie devient ainsi indissociable de l'«observation participante» à laquelle elle est souvent associée, voire assimilée (Laperrière, 1995; Mayer et Ouellet, 1991), ce qui peut sembler en opposition avec des formes de recherche qui se veulent plus «objectives». L'ethnographie est donc une forme d'immersion du chercheur dans la situation sociale qu'il étudie (Gaggiotti *et al.*, 2017; Laperrière, 1995; Mazzetti, 2016). Souvent décrite comme une «théorie de la description» (Geertz, 1973), l'ethnographie doit rendre compte d'une situation dans ses plus menus détails pour en exposer les dynamiques et les modes de fonctionnement (*patterns*), les récurrences et les contradictions, car on passe déjà à un autre niveau de construction de la réalité vécue.

L'ethnographie ne se réduit toutefois pas à la seule observation participante. Elle s'appuie en cela sur l'utilisation de plusieurs outils de collecte des données: observation directe ou indirecte, observation participante (qui implique de jouer un rôle social ou d'accomplir une tâche pendant l'observation, comme accompagner une personne à une visite médicale pour observer les interactions), entretiens semi-dirigés, dialogues et échanges non officiels, entretiens en profondeur, récits de vie, collecte de matériaux produits par les personnes sur le terrain (p. ex. audiovisuel, documents d'information), photographies, vidéos (Silverman, 2011). Cette diversité d'outils de collecte de données permet à l'ethnographie de varier ses sources d'informations et d'assurer ainsi la triangulation de ses résultats (exemples et contre-exemples).

De nos jours, même si l'exigence du terrain est discutée au sein même de l'anthropologie, la relation entre l'ethnographe et l'informateur demeure fondamentale. Une bonne ethnographie repose sur cette capacité à rendre compte ou à refléter l'univers vécu par ces personnes, dans leurs propres mots ou dans un langage qui traduit bien ce qu'ils ressentent et perçoivent par rapport à une situation donnée. C'est ainsi que de nombreux anthropologues qui se réclament de la méthode ethnographique utilisent l'entretien

en profondeur ou le récit de vie comme principale source de données. Dans l'entrevue, le sujet ne vit pas la situation que l'on cherche à décrire et à comprendre, il est déjà dans un moment analytique, dans une sorte d'anamnèse, avec toutes les limites que cela comporte en matière de mémoire, de désirabilité sociale ou d'autocensure. Dans ce contexte, l'entretien peut être qualifié d'ethnographique. L'entretien en profondeur offre une vitrine riche et précieuse sur l'univers de sens des personnes interrogées et la manière dont ces dernières se situent dans un environnement social donné. Ces entretiens se déroulent généralement dans le contexte de vie des personnes interrogées, soit à leur domicile, au travail, au parc de quartier, dans un centre de service local (clinique externe, centre de jour en santé mentale, centre d'emploi, etc.), soit dans un commerce local (épicerie, bar, café, etc.). Le contexte de déroulement de l'entrevue doit être décrit en détail; l'ethnographe ne doit pas négliger non plus d'y étaler ses impressions et ses sentiments personnels. C'est à ce moment qu'entrent en scène la prise de notes et l'écriture ethnographique.

1.3. Prise de notes et écriture ethnographique

En quoi consiste alors l'écriture ethnographique? L'écriture ethnographique repose d'abord sur la prise de notes (fieldnotes), sur la tenue d'un journal de bord et sur l'interprétation des observations recueillies (Spradley, 1980). Le journal de bord est un outil précieux, car il permet d'explorer de nouvelles situations sans préconceptions et de s'assurer de garder des données dont la valeur ne peut souvent être connue qu'à la fin de la recherche.

L'entrée sur le terrain ou l'immersion dans l'univers des personnes interrogées est toujours déstabilisante pour un ethnographe, qui peut éprouver beaucoup d'incertitudes et d'incompréhension. Au moment d'entreprendre une étude de type ethnographique, la prise de notes est désordonnée; l'ethnographe note tout ce qui se passe. Lorsque l'ethnographe consigne une observation dans un journal de bord, il doit s'assurer que chacune de ses observations est suffisamment décrite, soit en précisant le lieu de la collecte, le contexte, le moment et l'identité des personnes impliquées (leur rôle, leur statut, etc.) (Laperrière, 1995; Mayer et Ouellet, 1991). Il note également comment se passe son intégration dans le milieu, ses expériences diverses, ses impressions personnelles, ses sentiments (peurs, angoisses, etc.); et il note comment réagissent les personnes qu'il rencontre par rapport à une situation donnée (p. ex. prise de décision relativement aux objectifs thérapeutiques, planification du retour au travail, attitude et réaction des collègues et du superviseur), comment ils structurent leur vie quotidienne, et ce, à partir de quels préceptes, valeurs ou idéaux (Mayer et Ouellet, 1991).

Le journal de bord constitue selon Emerson, Fretz et Shaw (2011) le premier instrument du chercheur pour l'aider à comprendre et à analyser une situation observée; plus encore, c'est le moyen de consigner l'évolution de cette analyse et comment on parvient à construire et à tester des hypothèses de recherche (Emerson *et al.*, 1995; Sanjek, 1996). Mayer et Ouellet (1991) distinguent en cela des notes personnelles, des notes descriptives et des notes théoriques. Les notes personnelles portent davantage sur l'expérience émotionnelle du chercheur, qui y exprime ses angoisses, ses peurs et ses frustrations, ainsi que ses opinions. Ces notes sont chargées émotionnellement et sont porteuses de biais qui peuvent influencer le déroulement de la recherche (Irwin, 2007; Spradley, 1980); c'est pourquoi elles doivent être rapidement revues et corrigées en les exposant de façon répétée au terrain.

Les notes descriptives sont un compte rendu de rencontres, de lieux et des sites observés, de conditions particulières dans lesquelles des rencontres et des interactions ont eu lieu; elles doivent être les plus détaillées et les plus neutres possible. Chaque situation observée (événement, rencontre, entrevue, etc.) doit être datée et située clairement dans son contexte pour qu'il soit aisé de relire, de comprendre et de situer le contexte de la prise de notes plusieurs mois plus tard, voire des années (p. ex. quelles personnes sont présentes lors de l'événement que l'on décrit, quel est leur statut, quels sont les liens hiérarchiques entre elles, qui fait quoi et en quelles circonstances, de quelle manière s'articulent les différences de genre, les rapports entre générations, le langage non verbal, l'expression des émotions). Au fil du travail sur le terrain, les observations deviennent plus sélectives et systématiques (Sanjek, 1996); l'ethnographe commence à comprendre le milieu qu'il étudie et les schémas cognitifs, corporels, comportementaux, relationnels ou émotionnels qui y régissent la vie quotidienne. Des hypothèses prennent forme. Ce sont les notes théoriques, c'est-à-dire des notes analytiques et interprétatives où le chercheur commence à émettre une vision plus générale sur le phénomène étudié et sur la signification qu'il revêt auprès des personnes qu'il côtoie et qu'il commence à connaître, parfois même intimement (Emerson *et al.*, 2011).

Il existe diverses façons de rédiger des notes de terrain et d'organiser le matériel recueilli. Certains chercheurs peuvent commencer leur travail de description ethnographique en rapportant les détails d'une routine quotidienne (Sanjek, 1996). Plusieurs éléments de la vie quotidienne peuvent constituer une manière d'indexer les notes prises par le chercheur (p. ex. l'environnement de travail, les activités de loisirs, les conflits). Il n'est pas nécessaire d'attendre la fin du terrain pour entamer l'indexation et la codification du matériel; au contraire, cette étape se fait de manière simultanée avec la période de collecte des données et permet d'aller vérifier sur le terrain

des observations et les premières hypothèses. Cette démarche, dite « itérative », constitue un canon de la méthode de la théorisation ancrée (Anells, 1996), qui s'est appuyée à ses débuts sur la pratique du terrain et de l'observation participante (chapitre 5). Le journal de bord devient alors un moyen de relever des questions à explorer plus tard, comme piste interprétative à définir et à approfondir dans la même étude, mais aussi comme piste de recherche future.

1.4. Critères de scientificité

Toute recherche scientifique repose sur des critères de scientificité pour asseoir sa rigueur et sa valeur heuristique. Il existe dans toutes les sciences des débats sur la valeur et la pertinence des méthodes existantes. En fait, il faut reconnaître que chaque approche a ses forces et ses limites. C'est la position défendue par l'approche herméneutique, qui préconise l'usage de plusieurs modèles complémentaires pour cerner un phénomène (Nader, 2012; White, 2012).

Les penseurs postmodernistes soutiennent que la réalité ne peut être appréhendée objectivement puisque la description et l'analyse de cette dernière reposent en grande partie sur les postulats théoriques du chercheur et constituent autant de points de repère dans l'interprétation des phénomènes sociaux (Nader, 2012). Malgré ces divergences, être capable de positionner un devis dans un cadre théorique plus général est reconnu comme un critère de rigueur, car cela permet au chercheur de dresser ses propres horizons et d'en reconnaître les limites (Malterud, 2001).

Les anthropologues jouissent généralement d'un solide bagage épistémologique qui les rend conscients de leurs propres orientations théoriques et capables d'une réflexion critique très pointue. Cette prise de conscience de leurs propres biais par les chercheurs peut paraître évidente du côté des sciences de la santé, car, en général, les intervenants et les professionnels reconnaissent les limites de leurs modèles théoriques. Mais ils peuvent être moins habitués à s'interroger sur les fondements de leur culture sociale et professionnelle. Par exemple, peu d'entre eux s'interrogent sur la notion d'autonomie, qui oriente la réadaptation et qui trouve son sens dans la société occidentale (Gravel *et al.*, 2009; Tamaru, McNicoll, et Yamasaki, 2007). Étant particulière à notre type de société, cette notion demande à être revue avec des clients de différentes origines ethnoculturelles, car elle risque de poser des problèmes éthiques quand une personne s'est construite sur un autre mode relationnel (p. ex. interdépendance) (Iwama, 2003).

La science est aussi un discours sur les conditions de la production du savoir, pas juste un étalage de techniques et de procédés éprouvés qui peuvent donner une impression de neutralité et d'objectivité (Pourtois et Desmet, 2007). L'approche ethnographique a été abondamment critiquée en anthropologie, tantôt comparée à un genre littéraire, tantôt assimilée à une œuvre, rigoureuse certes, mais de fiction (Clifford, 1986; Geertz, 1995; Marcus et Fischer, 1986; Narayan, 2008; Strathern, 1990). Fait ou fiction, l'intention ethnographique demeure noble : décrire et comprendre un phénomène dans les termes de ses propres commettants pour en extraire son sens et sa logique propre.

Winkin (2001) rappelle que l'ethnographie est une expérience personnelle qui procède d'une éducation du regard et de l'écriture ; ce couplage regard/écriture va de pair avec la nécessaire retraduction de cette expérience pour un public tiers qui n'a pas vu, qui ne connaît pas et qui possède peu de moyens pour attester ces observations tant elles sont ancrées dans l'expérience prolongée du chercheur sur le terrain. La crédibilité des observations et du matériel ethnographique dans son ensemble (données d'entrevues, vidéos, etc.) repose, comme le rapporte Sanjek (1996), sur la plausibilité du récit et sur son caractère convaincant, sur sa clarté et sur sa cohérence (absence de contradictions internes et illogismes). La rhétorique l'emporte-t-elle sur la validité ? Pas nécessairement. Les conditions de la recherche ethnographique sont certes difficilement reproductibles et falsifiables au sens poppérien (Popper, 1959), mais elles reposent sur des exigences relationnelles, affectives, et sur la capacité du chercheur à faire correspondre les résultats de ses propres observations aux théories explicatives existantes et de montrer le lien, continu ou discontinu, entre la situation observée et ce qui a déjà été décrit dans la littérature. C'est le sens de la démarche anthropologique, avec ses limites et ses écueils épistémologiques.

Avec l'ethnographie, le critère de « transférabilité » ou la capacité de généraliser est difficile à appliquer puisque l'échantillonnage n'est pas représentatif de l'ensemble de la population. Malgré cela, l'approche ethnographique doit tout de même se soucier de la fiabilité des observations qui sont faites sur le terrain et s'assurer qu'elles reflètent la réalité que l'on tente d'observer, dont elle vise à cerner les contours. Elle doit s'assurer de décrire en profondeur le phénomène étudié et que la collecte des données a atteint un point de saturation (lorsque la collecte d'information n'apporte plus de nouveaux résultats ni de nouvelles analyses). Pour répondre aux exigences de scientificité, McReynolds, Koch et Rumrill (2001, p. 60-61) proposent neuf critères :

1. Traçabilité des données (accès aux données brutes);

2. Notes de terrain (description détaillée des situations observées) (pour plus d'informations sur la prise de notes, voir le recueil de Sanjek, 1996);
3. Rédaction de mémos (réflexions sur les biais, les pistes d'interprétation et les impressions du chercheur);
4. Triangulation (la même information est obtenue de sources différentes et variées);
5. Recours à plusieurs chercheurs (chaque chercheur apporte sa propre expertise et un regard qui lui est propre sur l'interprétation des résultats);
6. Recours à de multiples sources de données (entrevues, observation, documents audiovisuels, etc.);
7. Recherche de données contraires (certaines données soutiennent ou discréditent une hypothèse de recherche, les données contraires aident à raffiner et à modifier une théorie émergente);
8. Vérification des résultats auprès des participants (les participants se reconnaissent-ils dans les résultats présentés? C'est également une occasion d'apporter des précisions aux données recueillies);
9. Discussion entre pairs qui ne font pas partie du projet (autres perspectives, distance critique par rapport au terrain).

L'ethnographie devient une ressource importante au moment, où, par exemple, les sociétés changent. Ou encore, lorsque la diversité culturelle devient une caractéristique des clientèles visées par les programmes de santé et de services sociaux et que des valeurs ou des normes antagoniques (p. ex. autonomie et interdépendance, rôle de la famille, attentes de traitement) peuvent poser un obstacle au processus thérapeutique (Côté, 2017).

2. ILLUSTRATION DANS UNE ÉTUDE PORTANT SUR LA CONSTRUCTION ET LE MAINTIEN DE L'ALLIANCE DE TRAVAIL DANS UN CONTEXTE CLINIQUE INTERCULTUREL

Cette section se base sur des résultats partiels et préliminaires d'une étude de réadaptation au travail en cours et qui suit une démarche ethnographique. L'étude s'intitule « Construction et maintien de l'alliance de travail

(appelée aussi alliance thérapeutique, AT ci-après) en réadaptation au travail dans un contexte clinique interculturel»⁴. Elle vise à documenter la construction progressive (mais pas forcément linéaire) et le maintien de l'AT entre des travailleurs immigrants ayant subi une lésion professionnelle indemnisée et leurs intervenants dans un contexte de réadaptation au travail. Il s'agit d'une étude de cas de type longitudinal, dans laquelle quatre approches méthodologiques sont privilégiées pour des raisons de faisabilité: *a*) l'ethnographie (ou observation participante); *b*) l'entretien semi-dirigé; *c*) la description de l'évolution de l'AT avec l'appui de mesures répétées; et *d*) la recension des écrits. Pour les besoins de ce chapitre, nous allons seulement aborder la méthode de l'ethnographie. Les objectifs sont les suivants:

1. Décrire les manières de construire et de maintenir l'AT avec les travailleurs immigrants ayant subi une lésion professionnelle indemnisée (p. ex. stratégies relationnelles, mobilisation des ressources);
2. Décrire l'évolution de l'AT dans le temps des travailleurs immigrants ayant subi une lésion professionnelle indemnisée et celle de leur intervenant;
3. Documenter les perceptions des travailleurs immigrants (plus particulièrement par rapport à la douleur, aux attentes de traitement, au cadre d'intervention et au rôle et attitudes des intervenants) et celles de leurs intervenants (par rapport à l'évolution du processus) pouvant influencer le processus de la construction et du maintien de l'AT;
4. Examiner les parcours personnels (parcours préléSIONnel et d'indemnisation et de réadaptation) des travailleurs immigrants et leur influence dans la construction et le maintien de l'AT;
5. Repérer les situations d'interactions qui fragilisent l'AT, ainsi que les pistes qui peuvent la renforcer;
6. Relever les facteurs organisationnels, personnels et sociaux qui interfèrent dans les mécanismes relationnels impliqués dans la construction et le maintien de l'AT.

La collecte de données ethnographiques se fait à partir d'une grille d'observation qui permet aux chercheurs de tenir un journal de bord. En participant aux activités quotidiennes de la clinique de réadaptation avec

4. Ce projet, commencé à l'automne 2018 pour une période de trois ans, est financé par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST, projet numéro 2014-0013). Il a obtenu un certificat d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal (CERAS-2018-19-041-D). L'équipe est composée des chercheurs Daniel Côté, Jessica Dubé, Marc Corbière, Sylvie Gravel, Bob W. White et Maude Arsenault, cette dernière s'étant jointe à l'équipe à titre d'assistante de recherche.

leur calepin à la main, les chercheurs sont en mesure de prendre en note les interactions qu'ils observent, les perceptions des travailleurs immigrants et de leurs intervenants ainsi que les facteurs organisationnels, personnels et sociaux qui interfèrent dans les mécanismes relationnels impliqués dans la construction et le maintien de l'AT. Cette prise de note permet de capter l'ensemble des activités de la clinique telles qu'elles sont vécues et perçues au quotidien par tous les acteurs présents : travailleurs immigrants ou non, kinésiologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues et massothérapeutes. Avant de présenter le contexte ethnographique de cette étude sur l'AT, voici une brève présentation du concept de l'alliance thérapeutique.

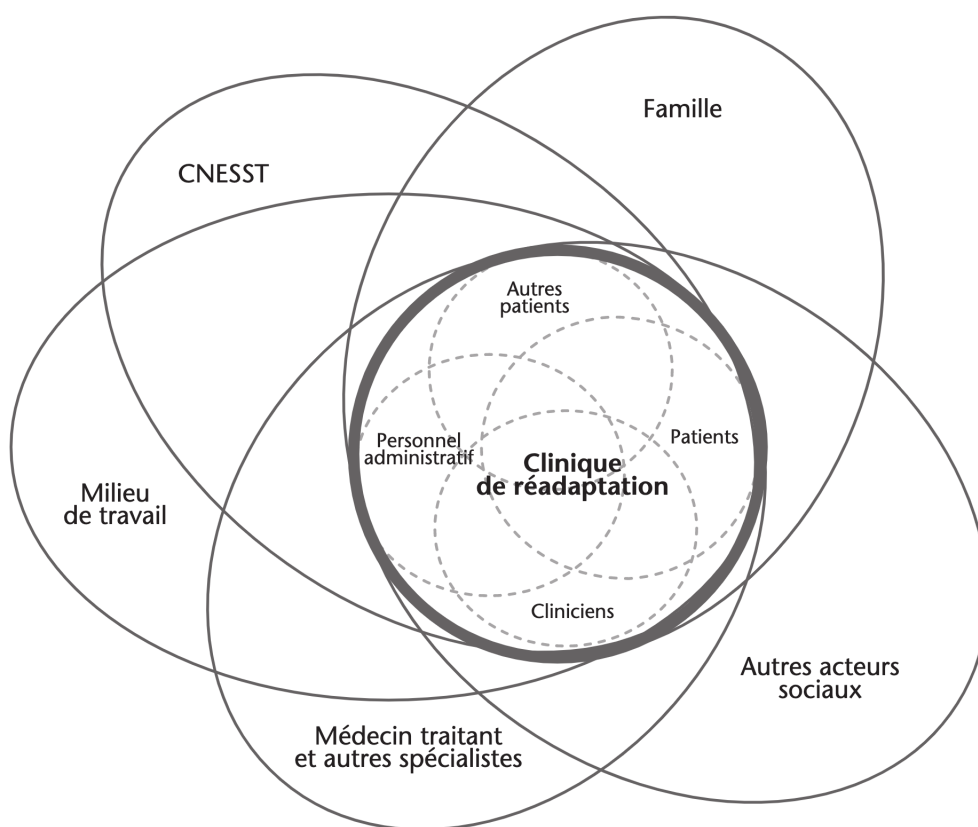
2.1. L'alliance thérapeutique en contexte interculturel

Dans sa conceptualisation, l'AT comprend l'établissement du lien de confiance et la connexion empathique, l'accord sur les buts à atteindre et les moyens de les atteindre (Baillargeon, Pinsof et Leduc, 2005; Bordin, 1979). Les études scientifiques sur l'AT se situent davantage dans le champ de la psychologie et portent généralement sur des populations relativement homogènes et non immigrantes. L'AT a été associée positivement à l'amélioration de la perception de capacité et à la réduction des symptômes de douleur (Degnan *et al.*, 2016; Hall *et al.*, 2010; Oliveira *et al.*, 2012; Pinto *et al.*, 2012). La communication non verbale est rapportée comme un élément majeur dans la construction de l'alliance, notamment le volet portant sur le lien de confiance et émotionnel (Pinto *et al.*, 2012). Cet élément serait encore plus déterminant dans les situations interculturelles ou, justement, les signaux corporels et la gestuelle sont largement conditionnés par les apprentissages culturels et peuvent envoyer en cela des messages contradictoires au principal interlocuteur, entretenant des interprétations qui peuvent s'avérer erronées (Levine et Ambady, 2013). Le maintien du contact visuel lors d'un échange constitue l'un des exemples les plus frappants (Côté *et al.*, 2017), car il peut générer une attribution d'intention qui ne correspond pas du tout à la réalité (p. ex. dissimulation, duplicité, gêne ou modestie, respect du lien hiérarchique). La plupart des études sur l'AT portent sur la dyade simple thérapeute-patient et ne considèrent pas le processus thérapeutique dans le cadre des systèmes complexes où des intervenants de plusieurs institutions sont impliqués dans le parcours de réadaptation du travailleur, qu'il s'agisse des intervenants de la CNESST⁵, des thérapeutes en clinique, des représentants du milieu de travail (superviseur, syndicat), du médecin

5. La Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail agit à titre d'assureur public des accidents de travail et des maladies professionnelles.

traitant, d'un médecin spécialiste, des membres les plus influents de la famille et de l'entourage immédiat (Lederer *et al.*, 2014) (figure 3.1). Il était donc primordial de développer un projet de recherche qui tienne compte de cette complexité des relations interpersonnelles et interorganisationnelles comme l'ont suggéré quelques auteurs (De Plaen *et al.*, 2005 ; Kilgour *et al.*, 2015), dans des contextes où les acteurs impliqués ne partagent pas nécessairement les mêmes points de repère symboliques et culturels, et où les intervenants n'ont pas toujours la même compréhension de l'histoire clinique et du parcours de leurs patients, ni les mêmes objectifs (Hulne, Bach et Lewis, 1988).

Figure 3.1.
Construction de l'alliance thérapeutique à l'orée des systèmes complexes



2.2. Préparation et négociation du terrain de recherche

Comme mentionné, l'équipe de recherche doit avoir accès au terrain pour recueillir des données ethnographiques. Dans le cadre de ce projet, il a d'abord été nécessaire de convaincre la direction de la pertinence de cette étude et de faire valoir ses retombées possibles pour la clinique de réadaptation. Ensuite, l'équipe de recherche a dû développer un lien de confiance avec le personnel et la clientèle de la clinique avec qui elle entre en relation quotidiennement. Sa présence sur le terrain doit demeurer discrète, neutre, afin qu'elle ne constitue pas un poids supplémentaire pour l'équipe clinique et sa direction, tout spécialement dans un contexte où la charge de travail est énorme. Pour ce faire, chaque membre de l'équipe doit faire preuve de transparence et s'assurer que sa présence à certaines activités et que sa prise de notes n'interfère pas avec la formation de l'AT entre les patients et les thérapeutes. Il est donc important de se demander si sa présence à une séance de thérapie individuelle peut influencer la construction et le maintien de l'alliance thérapeutique. Cette présence peut-elle nuire ou influencer de manière inattendue ou inappropriée la prestation des services de la clinique de réadaptation? Bien que toutes les personnes concernées puissent consentir à cette présence, des enjeux éthiques se posent déjà de ce côté.

L'ethnographie de l'AT dans une clinique de réadaptation oblige aussi la construction d'une alliance entre les employés et l'équipe de recherche, fondée sur une compréhension commune des objectifs de recherche et de ses retombées éventuelles. Pour maintenir cette alliance, les chercheurs doivent revenir fréquemment sur les objectifs de recherche établis qui font office de « boussole » permettant aux thérapeutes d'orienter leurs questionnements sur les différents enjeux en lien avec l'AT vécus sur le terrain. L'alliance entre l'équipe de recherche et les patients de la clinique est également nécessaire pour aborder des aspects plus intimes ou personnels du parcours de santé et de sécurité au travail d'une partie de la clientèle de la clinique concernée par le projet. Par exemple, l'évocation de parcours de vie difficiles en contexte migratoire peut faire surgir des éléments propres à une situation géopolitique tendue qui ont amené la personne à quitter son pays, et qui la fragilisent encore plus lorsque survient une lésion professionnelle, ce qui peut alimenter tout un récit sur l'incertitude face à l'avenir et la charge émotionnelle qui l'accompagne. L'alliance est importante puisque à travers leur participation à l'étude, ces patients nourrissent l'espoir de voir leurs différents parcours migratoires et d'insertion professionnelle mieux compris et entendus par le monde de la recherche, de l'intervention et des différentes instances de planification des services et des programmes gouvernementaux. Les chercheurs doivent donner l'impression aux uns (p. ex. aux patients) et aux autres (p. ex. aux employés de la

clinique) qu'ils sont neutres et qu'ils ne sont au service ni des uns ni des autres. Il importe aussi de savoir communiquer avec les bonnes personnes au bon moment, en suivant les liens hiérarchiques, ce qui suppose que les chercheurs aient une bonne connaissance de la structure organisationnelle de la clinique de réadaptation.

2.3. Description d'une journée d'observation à la clinique de réadaptation

L'horaire du programme de réadaptation pour les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle est habituellement de 9 h à 12 h, et ce, du lundi au vendredi, sauf lorsqu'ils effectuent un retour progressif au travail. Pour assurer une présence quotidienne sur le terrain, l'équipe de recherche met en place un horaire où la présence des chercheurs est répartie. Ce sont les trois auteurs de ce chapitre qui assurent une présence sur le terrain selon l'entente convenue au préalable avec l'ensemble des membres de l'équipe. L'assistante de recherche assure une plus grande présence (MA), suivi des cochercheurs (JD, DC).

Le chercheur arrive à la clinique vers 8 h 50. Il pose ses dossiers et ses affaires personnelles dans sa case. Il enfile des vêtements de sport, fait les salutations d'usage avec les thérapeutes qu'il croise en se rendant au gymnase où les patients commencent l'exécution des exercices prévus dans leur plan d'entraînement. Selon l'objectif visé, ce plan peut comprendre des exercices sur tapis roulant, sur vélo stationnaire, sur des appareils de musculation avec des poids et altères. On y retrouve également des ballons d'exercice, des bandes élastiques et divers accessoires. La journée commence généralement par une période d'échauffement de 15 à 20 minutes sur le tapis roulant où il est possible pour le chercheur de décoder l'expression faciale et corporelle de la douleur, mais aussi chez certains, une certaine peur, voire une certaine anxiété. En règle générale, un kinésiologue fait sa tournée en passant d'un tapis roulant à un autre pour saluer la clientèle du centre et pour demander aux gens comment ils se sentent et comment les choses se sont passées pendant la soirée ou la nuit précédente, car ils sont nombreux à éprouver des difficultés de sommeil (attribuées dans la plupart des cas à une douleur persistante). Ce moment d'interaction est important pour les intervenants puisque les patients vont se confier sur leurs angoisses, craintes ou difficultés vécues dans le programme de réadaptation. Jusque vers 11 h, les patients suivent leur programme de réadaptation et se déplacent d'un poste d'exercice à un autre. Une salle de relaxation située en dehors du gymnase est également mise à la disposition des patients qui souhaitent faire de la relaxation ou qui veulent tout simplement se reposer. Deux kinésiologues sont habituellement présents dans le gymnase, en plus du

va-et-vient d'un ergothérapeute et d'un physiothérapeute, souvent pour rappeler à un patient la planification d'une séance de thérapie individuelle. Pendant ce temps, les patients échangent entre eux, font des blagues ou s'informent sur l'évolution de leur état de santé respectif. Les patients peuvent à tout moment aller voir un thérapeute pour lui poser des questions sur la meilleure manière de faire un exercice ou sur le déroulement de son programme personnalisé de réadaptation. De son côté, le chercheur se trouve discrètement un poste d'exercice afin de faciliter l'observation des différentes interactions qui ont lieu au gymnase, y compris celles qui peuvent mettre en relief les différents éléments conceptuels qui composent l'AT (section 2.1). À 11 h, les patients ont le choix de continuer les exercices prévus dans leur programme de réadaptation ou de participer à un atelier de groupe qui peut prendre diverses formes telles que le yoga, la méditation, la danse, un parcours à obstacles, un atelier psychosocial, etc. Ces ateliers semblent rapprocher les patients entre eux, surtout l'atelier psychosocial, où les patients ont la possibilité de partager leur vécu en lien avec la douleur et de se saisir de la souffrance des autres dans une perspective d'entraide et d'encouragement mutuel. À la fin de ces ateliers, les patients retournent à leur casier et quittent la clinique de réadaptation. La grande majorité de ces patients sont issus de l'immigration, mais ils sont tous indemnisés par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou par un régime d'assurance collective.

2.4. Quelques exemples ethnographiques illustrant la construction et le maintien de l'AT

À partir de la prise de notes sur le terrain, le chercheur peut relever plusieurs exemples qui illustrent comment se construit et se maintient l'AT en contexte interculturel. Pour favoriser la compréhension de ces exemples, il les divise selon les trois principales dimensions qui composent le concept de l'AT: 1) le lien de confiance; 2) l'objectif à atteindre; et 3) les tâches à accomplir (pour atteindre cet objectif).

L'ethnographie permet d'observer comment le lien de confiance interagit ou se corrèle avec d'autres éléments observés sur le terrain et qui ne font pas nécessairement partie du construit théorique de l'AT (mais qui permettent la construction et le maintien de cette dernière). En voici des exemples:

- Un clinicien parle à un patient en lui touchant l'épaule, suggérant ainsi une certaine proximité, un certain lien affectif;

- Un patient manifeste son inquiétude à la suite d'un avis médical plutôt négatif et se tourne vers certains membres de l'équipe clinique pour aborder ses préoccupations;
- Les messages transmis par un patient aux membres de l'équipe clinique peuvent être perçus comme contradictoires (p. ex. un patient dit à un physiothérapeute qu'il a effectué ses exercices à la maison bien qu'il ait dit le contraire à l'ergothérapeute). Lors des rencontres interdisciplinaires prévues chaque semaine dans une optique de suivi et de gestion de dossiers, les thérapeutes concernés vérifient ou valident leur compréhension auprès des autres collègues et établissent une nouvelle stratégie d'intervention au besoin;
- De nombreux patients expriment leur satisfaction par rapport aux informations qu'ils ont reçues concernant de nouvelles techniques et de nouveaux outils (pour exécuter plus efficacement et de manière sécuritaire un mouvement qu'ils jugent difficile).

Ces observations permettent de raffiner le concept du lien de confiance. Plus précisément, l'équipe de chercheurs a remarqué que le lien de confiance peut se développer dans les moments suivants : 1) l'intervenant réussit à développer une complicité avec le patient; 2) le patient a confiance dans l'expertise du thérapeute et sent qu'il « travaille pour lui »; 3) le clinicien croit en la bonne volonté du patient et en son honnêteté; et 4) le patient a confiance au système d'indemnisation et de réadaptation au travail. Parmi ces moments, qui peuvent d'ailleurs sembler banals à première vue, c'est ce dernier qui semble constituer le pilier de la construction de l'AT entre le patient et le thérapeute. À plusieurs reprises, le chercheur a pu constater la difficulté des cliniciens à bâtir l'AT lorsque le patient avait perdu confiance dans le système, et ce, en dépit des meilleures qualités et aptitudes relationnelles dont un thérapeute pouvait faire preuve. Voici une situation concrète :

« Monsieur X arrive à la clinique à la suite d'une blessure lombaire reconnue comme une rechute et indemnisée comme telle. Le patient est passionné par son travail qui constitue le principal marqueur de son identité personnelle et la principale raison qui a motivé son choix d'immigrer au Québec. Travaillant dans le domaine de la santé, spécialisé dans un domaine particulier, formé dans son pays d'origine et reconnu au Québec, M. X n'a eu aucun mal à s'insérer sur le marché de l'emploi et dans son domaine de compétences. Il est convaincu des bienfaits du programme et accorde toute sa confiance dans l'expertise des différents thérapeutes de la clinique. Ces

derniers utilisent un vocabulaire scientifique plus poussé pour construire le lien de confiance avec ce patient. Lors de certaines observations, le chercheur recueille des éléments du discours de M. X qui se dit impressionné par la technique de prise de charge proposée par un thérapeute. Il s'exprime ainsi: « *Wow, c'est comme ça qu'il faut se pencher. Nous devrions tous apprendre à nous pencher comme cela, nous nous blesserions moins.* » Il parle ensuite du bienfait de [nom de la technique] proposée par le thérapeute: « *Personne n'avait pensé à ça! Cette [nom de la technique] diminue de manière considérable ma douleur en peu de temps.* » M. X se présente toujours sous des traits sérieux. Ses sourires et l'expression de son appréciation de l'équipe clinique permettent de constater qu'il a confiance en elle. Durant les cinq premières semaines du programme, monsieur X améliore considérablement sa condition physique et continue de rappeler que son objectif est de retourner au travail à temps complet. Lors de la sixième semaine du programme, son médecin traitant demande un arrêt complet du programme de réadaptation pour une durée de deux semaines étant donné qu'il recevra une épidurale. À son retour à la clinique, le discours de M. X a complètement changé. Lors d'un échange avec le chercheur, le patient exprime beaucoup de frustration. Il mentionne qu'il a reçu plusieurs avis différents de la part de la CNESST, de son médecin traitant et de son avocat concernant son état de santé et ses possibilités de retour au travail. À ce moment bien précis de son parcours, M. X se sent trahi par le système. Il croit maintenant qu'un retour au travail pourrait détériorer son état de sa santé tout en sachant qu'un non-retour précipiterait sa précarité financière. Fortement attaché à son identité professionnelle, il imagine mal de devoir se réorienter. Les thérapeutes tentent de le convaincre de ses possibilités de retour au travail pré-lésionnel sous certaines conditions, mais en vain. Sa confiance envers le système d'indemnisation et de réadaptation est brisée. Depuis qu'il a repris son programme à la clinique, le chercheur observe une diminution de son implication dans ses exercices de réadaptation, une détérioration de son humeur ainsi que de l'isolement. Conséquemment, l'équipe clinique a commencé à catégoriser ce dossier comme « médico-légal ». De manière générale, les thérapeutes interrogés manifestent très peu de confiance envers les dossiers catégorisés ainsi et parlent ouvertement d'une probable *chronisation* de sa blessure au dos. »

Cet exemple permet de documenter quelques stratégies qui ont été mises en œuvre par les thérapeutes pour construire le lien de confiance, notamment l'usage d'un langage scientifique plus élaboré pour expliquer les mécanismes neurophysiologiques de la douleur, la corroboration de l'information par plusieurs membres de l'équipe clinique, l'écoute active

qui démontre une compréhension de la situation du patient par le thérapeute ou encore la gestion de la douleur par le thérapeute. Il a été possible d'observer que les thérapeutes ne voient plus beaucoup d'options pour rétablir un lien de confiance lorsque le patient se sent abandonné par le système d'indemnisation et de réadaptation.

La deuxième dimension à l'étude concerne l'objectif à atteindre. Il a été difficile de documenter cette variable du concept de l'AT étant donné qu'elle est peu explicitée dans les interventions des thérapeutes. Depuis le début de leur présence sur le terrain, les chercheurs constatent que l'objectif premier du retour au travail prélésionnel, à la base de la *Loi québécoise sur les accidents de travail et les maladies professionnelles* (LATMP), possède un caractère « tabou ». Cela s'explique en grande partie par le fait que l'idée du retour au travail provoque chez de nombreux patients une certaine crainte ou appréhension et pourrait même nuire à l'adhésion au programme, et ce, malgré la certitude exprimée par plusieurs thérapeutes qu'il faut aborder le retour au travail le plus tôt possible afin de prévenir une rupture d'alliance à une étape ultérieure du processus de réadaptation. Plusieurs thérapeutes ont mentionné que l'évocation du retour au travail avec les patients induit souvent une résurgence spontanée ou une intensification de la douleur, que certains attribuent au stress ou à la tension ressentie. L'évocation du retour au travail constitue un moment clé dans le processus de réadaptation et, selon les situations, risque d'affaiblir ou de provoquer une rupture de l'AT. Bien que le retour au travail soit l'objectif ultime de ce type de programme de réadaptation, plusieurs patients entendent la possibilité de ne pas retourner au travail, et ce, pour plusieurs raisons, dont le fait de vivre une situation de surqualification (phénomène touchant les immigrants dans de très larges proportions). Jusqu'à la fin du programme de réadaptation, les patients qui sont touchés par ce phénomène espèrent trouver un emploi dans leur domaine d'étude ou qu'on leur propose de suivre une formation leur permettant d'obtenir un emploi à la hauteur de leurs compétences ou encore qu'on leur accorde la reconnaissance nécessaire pour obtenir un tel emploi. Voici deux autres exemples :

- M^{me} H exprime la volonté de retourner au travail après le programme de réadaptation. Elle ne veut plus rester chez elle « à ne rien faire » : « *C'est déprimant!* », dit-elle. Lorsque M^{me} H fait des exercices de simulation de tâches (p. ex. se pratiquer à faire un [mouvement relatif à sa charge de travail]), l'équipe clinique remarque un changement dans son attitude. Bien qu'elle soit très discrète et réservée, le personnel soignant observe une augmentation de sa confiance en elle et de ses capacités à réaliser ses tâches comme préposée aux bénéficiaires.

- Après une rechute, monsieur Z avise l'équipe clinique et au chercheur qu'il ne désire pas retourner à son emploi prélésionnel. Bien qu'il ait conservé son lien d'emploi et que rien ne semble indiquer *a priori* un possible obstacle au retour au travail et à la reprise de ses activités régulières, il dit qu'il a perdu confiance en son patron, notamment en raison de sa manière d'assurer un suivi avec lui pendant son arrêt de travail et en raison de la valeur qu'il semble accorder à la prévention des accidents de travail. Monsieur Z préfère chercher un autre emploi pour se maintenir en santé dans une organisation qui se préoccupe de la SST de ses travailleurs. Mis au courant de sa ferme intention de ne jamais remettre les pieds chez cet employeur, le thérapeute, pour maintenir l'objectif de développement de capacités, lui suggère de chercher un nouvel emploi pendant son programme de réadaptation au travail.

Ce dernier exemple permet de documenter l'importance de l'explicitation de l'objectif réel du travailleur après avoir suivi le programme de réadaptation au travail. Cela permet à l'équipe clinique d'adapter ses interventions avec le patient et de s'entendre sur un objectif commun qui respecte les désirs du patient et le mandat des cliniciens dans ce type de programme. Une certaine marge de manœuvre peut être dégagée lorsque le lien de confiance est suffisamment solide et que le patient se sent respecté, entendu et écouté. Il y a un lien de confiance qui peut alors s'établir envers la compétence des cliniciens et envers le système d'indemnisation et de réadaptation.

La troisième dimension observée concerne l'entente sur la définition des tâches à accomplir pour atteindre l'objectif visé au début du programme et son incidence sur l'AT. Voici une situation qui a pu être observée :

- Lors d'une rencontre de suivi avec un patient, un thérapeute s'aperçoit qu'il n'a réalisé aucun des exercices qui avaient été prescrits pour développer ses capacités. Le thérapeute en parle au patient pour chercher à comprendre les motifs de son comportement. À travers leurs échanges, thérapeute et patient s'entendent sur l'exécution de l'exercice en question, en prenant en compte à la fois des craintes exprimées par le patient, de ses difficultés à le réaliser, et de ce que le thérapeute juge comme le minimum nécessaire pour assurer une progression de la capacité fonctionnelle du patient. La nature et l'intensité des exercices sont négociées en présentant toutes les options possibles pour assurer un travail thérapeutique.

Ces exemples ont pu être captés lors de séances d'observation de l'équipe de recherche visant à approfondir la compréhension de la construction, du maintien et de la rupture de l'AT.

2.5. Quand l'ethnographie s'écrit au pluriel

Les chercheurs qui se sont inspirés de la démarche ethnographique pour décrire en détail les manières de dire, de faire ou de penser qui prévalent au sein d'une population donnée l'ont fait en s'appuyant sur leurs observations personnelles. Même les ethnographies plus récentes du milieu hospitalier reflètent l'expérience personnelle et singulière d'un seul chercheur (Fortin, 2013). L'étude dont il est question dans ce chapitre a ceci de particulier : trois membres de l'équipe de recherche assurent une présence sur le terrain. Leur présence, parfois simultanée, s'effectue le plus souvent par intervalles, de sorte qu'il y a un chercheur sur le terrain en quasi-permanence. Cette manière de faire inusitée ne semble pas avoir fait l'objet de publications. Cette démarche comporte certains avantages, dont ceux d'assurer : 1) un regard croisé sur l'organisation et les activités de la clinique ; et 2) une meilleure triangulation des observations. Cette triangulation permet de poser un regard interdisciplinaire, comme c'est le cas dans l'étude présentée dans ce chapitre. Cette même interdisciplinarité permet de bâtir et de bonifier la grille d'observation en mobilisant, notamment, le savoir et l'expertise de chaque membre de l'équipe de recherche (Braun et Kramer, 2018 ; Hirsch et Gellner, 2001). La présence de plusieurs ethnographes sur le terrain oblige la tenue simultanée de plusieurs journaux de bord, accessibles à tous sur une plate-forme de partage de fichiers en ligne. Cette démarche exige transparence, confiance et ouverture, car les journaux comportent aussi des impressions personnelles. La confrontation des points de vue et le croisement des regards peuvent susciter de nouvelles hypothèses et pistes d'observation à une vitesse plus grande que lorsque l'ethnographe est seul et qu'il n'a que peu de chances d'être confronté dans sa vision. Les échanges quotidiens ou hebdomadaires permettent ainsi d'adapter en continu la grille d'observation et de valider plus facilement les pistes d'analyse émergentes.

Cette coprésence des chercheurs, simultanée ou différée, peut provoquer certains effets sur la perception du rôle du chercheur chez les participants. Certaines expériences sur le terrain sont difficiles à noter dans un journal de bord ou bien elles sont intuitives et n'ont pas encore fait l'objet d'une réflexion aboutie. La création du lien entre le chercheur et les participants n'est pas identique pour tous les membres de l'équipe, car chacun

possède ses propres atouts, sa propre personnalité et sa propre sensibilité. Par conséquent, les participants (thérapeutes et patients) peuvent avoir une perception différente de la présence d'un chercheur lors d'une situation d'interaction selon l'identité du chercheur qui est sur les lieux. L'« alliance à relais » s'applique également aux chercheurs, elle reflète celle des intervenants sur le terrain et cela doit faire partie de leurs discussions d'ordres éthique et méthodologique.

CONCLUSION

Outre de permettre d'accéder à l'univers du sens et des représentations, la démarche ethnographique facilite la compréhension de la dynamique des interactions interpersonnelles dans un milieu donné. L'ethnographie n'exclut pas le recours à des mesures quantitatives (Bernard, 1995). Les techniques d'enquête sont multiples : dialogues non officiels, entrevues semi-dirigées, entrevues ouvertes, récits de vie, groupes de discussion (chapitre 6), observation directe, recours à l'audiovisuel, etc.

Même quand il se propose d'étudier des phénomènes externes, celui qui utilise l'ethnographie comme méthode de recherche doit savoir que décrire un phénomène repose largement sur le positionnement théorique du chercheur, comme l'ont soutenu Emerson *et al.* (2011). Pour ces derniers, la description est aussi un acte de perception et d'interprétation. Dans certains contextes, comme en réadaptation, l'observation de situations d'interactions *in situ* constitue sans doute le plus grand défi en matière de faisabilité. L'ethnographie n'est pas possible sans cette acceptation par le milieu. Elle demeure néanmoins une approche très intéressante pour départager les éléments discursifs de l'expérience des éléments non linguistiques (gestes, expressions faciales, postures, etc.) et pour leur donner un relief, chose quasi impossible à travers les seules entrevues semi-dirigées. Elle permet aussi d'explorer, de décrire et d'analyser des situations qui échappent au regard quotidien. Elle peut ainsi contribuer à mieux cibler les interventions, celles qui sont les plus propices à être acceptées par les bénéficiaires ou, en revanche, celles qui sont susceptibles de rencontrer une résistance. L'ethnographie n'a pas de visée en matière de généralisation ; ses résultats ne reflètent que la dynamique qui caractérise un milieu particulier, et c'est pourquoi il faut demeurer prudent par rapport à toute tentative d'appliquer la même analyse à d'autres milieux. Elle doit se montrer sensible à la contextualité à la fois historique, sociale, culturelle et politique dans laquelle les données se situent.

RÉFÉRENCES

- AGAR, M. (1982). «Toward an ethnographic language», *American Anthropologist*, 84, p. 779-795.
- AMSELLE, J.-L. (2010). «De la déconstruction de l'ethnie au branchement des cultures : un itinéraire intellectuel», *Actes de la recherche en sciences sociales*, 5(185), p. 96-113.
- ANNELLS, M. (1996). «Grounded theory method: Philosophical perspectives, paradigm of inquiry and postmodernism», *Qualitative Health Research*, 6(3), p. 379-393.
- ASNAANI, A., et S.G. HOFMANN (2012). «Collaboration in multicultural therapy: Establishing a strong therapeutic alliance across cultural lines», *Journal of Clinical Psychology*, 68(2), p. 187-197.
- BAILLARGEON, P., W.M. PINSOFF et A. LEDUC (2005). «Modèle systémique de l'alliance thérapeutique», *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 55(3), p. 137-143.
- BALANDIER, G. (1974). *Anthropo-logiques*. Paris, Presses universitaires de France.
- BATESON, G. (1972a). «Form, substance, and difference». Dans *Steps to an Ecology of Mind*. Chicago, University of Chicago Press, p. 448-466.
- BATESON, G. (1972b). *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. Chicago, University of Chicago Press.
- BATESON, G. (2002). *Mind and Nature: A Necessary Unity*. New York, Hampton Press, coll. «Advances in Systems Theory, Complexity, and the Human Sciences».
- BAUWENS, V. et L. KLOETZER (2013). *L'ethnographie au service de l'entreprise. Pour mieux comprendre vos clients et vos employés*. Limoges, FYP.
- BERNARD, R.H. (1995). *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative*. Walnut Creek, Altamira Press.
- BERTHIAUME, D. (2004). *L'observation de l'enfant en milieu éducatif*. Montréal, Gaëtan Morin.
- BLUMER, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- BOAS, F. (1911). *The Mind of Primitive Man*. New York, The Macmillan Company.
- BORDIN, E.S. (1979). «The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance», *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), p. 252-260.
- BRAUN, D., et J. KRAMER (2018). *The Corporate Tribe: Organizational Lessons from Anthropology*. Londres, Routledge.
- BRYON-PORTET, C. (2011). «La tension au coeur de la recherche anthropologique: la dialectique intérieur/extérieur, théorie/pratique, une nécessité pour l'étude des institutions fermées», *Anthropologie et Sociétés*, 35(3), p. 209-231. doi: 10.7202/1007863ar.
- BURR, V. (2003). *An Introduction to Social Constructionism*. Londres, Routledge.

- CHWALISZ, K., S.R. SHAH et K.M. HAND (2008). «Facilitating rigorous qualitative research in rehabilitation psychology», *Rehabilitation Psychology*, 53(3), p. 387-399.
- CLIFFORD, J. (1986). «Introduction: Partial truths». Dans J. Clifford et G. Marcus (dir.), *Writing Culture*. Berkeley, University of California Press, p. 1-26.
- COHEN-ÉMERIQUE, M. (2015). *Pour une approche interculturelle en travail social*, (2^e éd.). Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- COHEN, H., S. LETIENNE, O. TAÏEB, A. SIMON et M.R. MORO (2013). «La construction de l'alliance thérapeutique en consultation transculturelle: le cas d'une famille tamoule», *L'Autre*, 14(2), p. 169-178.
- COLEMAN, D. (2000). «The therapeutic alliance in multicultural practice», *Psychoanalytic Social Work*, 7(2), p. 65.
- CORBIÈRE, M., BISSON, J., S. LAUZON et N. RICARD (2006). «Factorial validation of a french short-form of the working alliance inventory», *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(1), p. 36-45.
- CÔTÉ, D. (2017). The notion of "diversity advantage" according to the Council of Europe. Dans B. White (dir.), *Intercultural Cities: Policy and Practice for a New Era*. Londres, Palgrave-Macmillan, p. 329-345.
- CÔTÉ, D. et J. DUBÉ (2018). «Pratiques de soins en réadaptation et diversité ethnoculturelle: l'adaptation des services peut-elle soutenir la performance et la santé des professionnels?». Dans I. Fortier, S. Hamisultane, I. Ruelland, J. Rhéaume et S. Beghdadi (dir.), *Clinique en sciences sociales: sens et pratiques alternatives*. Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 266-278.
- CÔTÉ, D., S. GRAVEL, J. DUBÉ, D. GRATTON et B. WHITE (2017). *Relations interculturelles: comprendre le processus de réadaptation et de retour au travail. Rapport R-967*. Montréal, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), coll. «Études et recherches».
- COUTU, M.-F., R. BARIL, M.-J. DURAND, D. CÔTÉ et A. ROULEAU (2007). «Representations: An important key to understanding workers' coping behaviors during rehabilitation and the return-to-work process», *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(3), p. 522-544.
- DE PLAEN, S., N. ALAIN, C. ROUSSEAU, M. CHIASSON, A. LYNCH, E. ELEJALDE et M. SASSINE (2005). «Mieux travailler en situations cliniques complexes: l'expérience des séminaires transculturels interinstitutionnels», *Santé mentale au Québec*, 30(2), p. 281-299.
- DEGNAN, A., A. SEYMOUR-HYDE, A. HARRIS et K. BERRY (2016). «The role of therapist attachment in alliance and outcome: A systematic literature review», *Clin Psychol Psychother*, 23(1), p. 47-65.
- DELIÈGE, R. (2013). *Une histoire de l'anthropologie: écoles, auteurs, théories*. Paris, Seuil.
- EMERSON, R.M., R.I. FRETZ et L.L. SHAW (2011). *Writing Ethnographic Fieldnotes, deuxième édition*. Chicago, University of Chicago Press.
- ENGEBRETSON, J. (2011). «Clinically applied medical ethnography: Relevance to cultural competence in patient care», *Nursing Clinics of North America*, 46, p. 145-154. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002964651100003X>>, consulté le 13 janvier 2020.

- EVANS-PRITCHARD, E.E. (1940). *The Nuer: A Description of the Modes of Livelihood and Political Institutions of a Nilotic People*. Oxford, Clarendon Press.
- FORTIN, S. (2013). « Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique. Les pratiques cliniques en contexte pluraliste », *Anthropologie et sociétés*, 37(3), 179-200.
- FUERTES, J.N., T.I. STRACUZZI, J. BENNETT, J. SCHEINHOLTZ, A. MISLOWACK, M. HERSH et D. CHENG (2006). « Therapist multicultural competency: A study of the therapy dyads », *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, p. 480-490.
- GAGGIOTTI, H., M. KOSTERA et P. KRZYWORZEKA (2017). « More than a method? Organisational ethnography as a way of imagining the social », *Culture and Organization*, 23(5), p. 325-340.
- GARSTEN, C. et A. NYQVIST (2013). *Organisational Anthropology: Doing Ethnography in and Among Complex Organisations*. Londres, Pluto Press.
- GEERTZ, C. (1973). « Thick description: Toward an interpretive theory of culture ». Dans *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*. New York, Basic Books, p. 310-323.
- GEERTZ, C. (1995). *After the Fact: Two Countries, Four Decades, One Anthropologist*. Cambridge, Harvard University Press.
- GOFFMAN, E. (1961). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York, Anchor Books.
- GOFFMAN, E. (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Minuit.
- GRASSET, F. et M. DUCRET (1993). « Thérapie institutionnelle, approche écosystémique et réadaptation psycho-sociale », *Santé mentale au Québec*, 18(2), p. 155-181. doi: 10.7202/032276ar.
- GRATTON, D. (2009). *L'interculturel pour tous. Une initiation à la communication pour le troisième millénaire*. Anjou, Saint-Martin.
- GRAVEL, S., H. DOUCET, D. LAUDY, L. BOUCHERON, A. BATTAGLINI, M.-È. BOUTHILLIER et M. FOURNIER (2009). « L'adhésion des populations immigrantes à la valeur de l'autonomie véhiculée en santé publique », *International Migration and Integration*, 10, p. 31-47.
- GROLEAU, D., A. YOUNG et L.J. KIRMAYER (2007). « The McGill illness narrative interview (MINI): An interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience ». Dans *Transcultural Psychiatry* 43(4), 671-691, January 2009.
- HALL, A.M., P.H. FERREIRA, C.G. MAHER, J. LATIMER et M.L. FERREIRA (2010). « The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: A systematic review », *Physical Therapy*, 90(8), p. 1099-1110.
- HIRSCH, E. et D.N. GELLNER (2001). « Introduction: Ethnography of organizations and organizations of ethnography ». Dans D. N. Gellner et E. Hirsch (dir.), *Inside Organizations. Anthropologists at Work*. Oxford, Berg, p. 1-15.
- HOFFNER-LESURE, A., D. DELAUNAY et A. PAYETTE (2011). *Le codéveloppement professionnel et managérial: l'approche qui rend acteur et développe l'intelligence collective*. Québec, Presses de l'Université du Québec.

- HULNE, J.B., B.W. BACH et J.W. LEWIS (1988). «Communication between physicians and physical therapists», *Physical Therapy*, 68(1), p. 26-31.
- IRWIN, R. (2007). «Culture shock: Negotiating feelings in the field», *Anthropology Matters Journal*, 9(1), p. 1-12.
- IWAMA, M.K. (2003). «Toward culturally relevant epistemologies in occupational therapy», *The American Journal of Occupational Therapy*, 57(5), p. 582-588.
- JOAS, H. et W. KNÖBL (2009). *Social Theory. Twenty Introductory Lectures*. Cambridge, Cambridge University Press.
- KILGOUR, E., A. KOSNY, D. MCKENZIE et A. COLLIE (2015). «Healing or harming? Healthcare provider interactions with injured workers and insurers in workers' compensation systems», *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25, p. 220-239.
- KISSINGER, D.B. (2008). «Traumatic brain injury and employment outcomes: Integration of the working alliance model», *Work*, 31(3), p. 309-317.
- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, University of California Press.
- LAPERRIÈRE, A. (1995). L'observation directe. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données*. Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 251-272.
- LEDERER, V., P. LOISEL, M. RIVARD et F. CHAMPAGNE (2014). «Exploring the diversity of conceptualizations of work (dis)ability: A scoping review of published definitions», *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, p. 242-267.
- LENCLUD, G. (2000). «Méthode ethnographique». Dans P. Bonte et M. Izard (dir.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*. Paris, Presses universitaires de France, coll. «Quaridge», p. 470-475.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1949). *The Elementary Structures of Kinship (Les structures élémentaires de la parenté)*. Boston, Beacon Press.
- LEVINE, C.S. et N. AMBADY (2013). «The role of non-verbal behaviour in racial disparities in health care: Implications and solutions», *Medical Education*, 47(9), p. 867-876.
- LUSTIG, D.C., D.R. STRAUSSER, D.N. RICE et T.F. RUCKER (2002). «The relationship between working alliance and rehabilitation outcomes», *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(1), p. 25-33.
- MACEachen, E., A. KOSNY, S. FERRIER et L. CHAMBERS (2010). «The "toxic dose" of system problems: Why some injured workers don't return to work as expected», *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), p. 349-366.
- MALINOWSKI, B. (1922). *Argonauts of the Western Pacific: An Account of Native Enterprise and Adventure in the Archipelagoes of Melanesian New Guinea*. Londres, George Routledge & Sons.
- MALTERUD, K. (2001). «Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines», *Lancet*, 358, p. 483-488.
- MARCUS, G.E. et M. FISCHER (1986). *Anthropology as Cultural Critique: An Experimental Moment in the Human Sciences*. Chicago, University of Chicago Press.

- MASSÉ, R. (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal, Gaëtan Morin.
- MAYER, R. et F. OUELLET (1991). «L'observation participante». Dans *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Montréal, Gaëtan Morin, p. 401-437.
- MAZZETTI, A.S. (2016). «An exploration of the emotional impact of organisational ethnography», *Journal of Organizational Ethnography*, 5(3), p. 304-316.
- MCREYNOLDS, C.J., L.C. KOCH et P.D.J. RUMRILL (2001). «Qualitative research strategies in rehabilitation», *Work*, 16(1), p. 57-65.
- MOLL, S., J.M. EAKIN, R.L. FRANCHE et C. STRIKE (2013). «When health care workers experience mental ill health: Institutional practice of silence», *Qualitative Health Research*, 23(2), p. 167-179.
- MUCCHIELLI, A. (1998). *Approche systémique et communicationnelle*. Paris, Armand Colin.
- MÜLLER, A. (2015). «Altérités et affinités ethnographiques: réflexions autour du proche, du lointain, du dedans et du dehors», *SociologieS*. <<http://journals.openedition.org/sociologies/4906>>, consulté le 24 février 2020.
- NADER, L. (2012). «Ethnography as theory», *Journal of Ethnographic Theory*, 1(1), p. 211-219.
- NARAYAN, K. (2008). «Ethnography and fiction: Where is the border?», *Anthropology and Humanism*, 24(2), p. 134-147.
- OBERG, K. (1960). «Cultural shock: Adjustment to new cultural environments», *Practical Anthropology*, 7(4), p. 177-182. doi: 10.1177/009182966000700405.
- OLIVEIRA, V.C., K.M. REFSHAUGE, M.L. FERREIRA, R.Z. PINTO, P.R. BECKENKAMP, R.F. NEGRAO FILHO et P.H. FERREIRA (2012). «Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: A systematic review», *Journal of Physiotherapy*, 58(4), p. 215-229.
- PINTO, R.Z., M.L. FERREIRA, V.C. OLIVEIRA, M.R. FRANCO, R. ADAMS, C.G. MAHER et P.H. FERREIRA (2012). «Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review», *Journal of Physiotherapy*, 58(2), p. 77-87.
- POLATAJKO, H.J., J. CRAIK, J. DAVIS et E.A. TOWNSEND (2013). «Cadre conceptuel du processus de pratique canadien». Dans E. A. Townsend et H. J. Polatajko (dir.), *Habiliter à l'occupation: faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa, CAOT Publications ACE.
- POPPER, K. (1959). *The Logic Scientific Discovery*. Londres, Hutchinson.
- POURTOIS, J.-P. et H. DESMET (2007). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Wavre, Mardaga.
- PRANSKY, G., P. LOISEL et J.R. ANEMA (2011). «Work disability prevention research: Current and future prospects», *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, p. 287-292.
- RUSSELL, G., J. ADVOCAT, R. GENEAU, B. FARRELL, P. THILLE, N. WARD et S. EVANS (2012). «Examining organizational change in primary care practices: experiences from using ethnographic methods», *Family Practice*, 29(4), p. 455-461.

- SANJEK, R. (1996). *Fieldnotes. The Makings of Anthropology*. Ithaca, Cornell University Press.
- SCHOUTEN, B.C. et L. MEEUWESSEN (2005). «Cultural differences in medical communication: A review of the literature», *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), p. 21-34. doi: 10.1016/j.pec.2005.11.014.
- SILVERMAN, D. (2011). «Ethnographic observation». Dans *Interpreting Qualitative Data. A Guide to Principles of Qualitative Research*. Londres, Sage Publications, p. 113-160.
- SINCLAIR, L.B., L.A. LINGARD et R.N. MOHABEER (2009). «What's so great about rehabilitation teams? An ethnographic study of interprofessional collaboration in a rehabilitation unit», *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(7), p. 1196-1201.
- SMITH, D.E. (2002). «Institutional ethnography». Dans T. May (dir.), *Qualitative Research in Action: An International Guide to Issues in Practice*. Londres, Sage Publications, p. 150-161.
- SMITH, D.E. (2005). «Knowing the social. An alternative design». Dans *Institutional Ethnography. A Sociology for the People*. New York, Altamira, p. 27-45.
- SPENCER, J., L. KREFTING et C. MATTINGLY (1993). «Incorporation of ethnographic methods in occupational therapy assessment», *American Journal of Occupational Therapy*, 47(4), p. 303-309.
- SPRADLEY, J. P. (1980). *Participant Observation*. Orlando, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- STRATHERN, M. (1990). «Out of context: The persuasive fictions of anthropology». Dans M. Manganero (dir.), *Modernist Anthropology*. Princeton, Princeton University Press, p. 80-130.
- SYMON, G. et C. CASSELL (1998). «Reflections on the use of qualitative methods». Dans *Qualitative Methods and Analysis in Organizational Research. A Practical Guide*. Thousand Oaks, Sage Publications, p. 80-130.
- TAMARU, A., M.A. MCNICOLL, M. A. et S. YAMASAKI (2007). «Understanding " independence ": Perspectives of occupational therapists», *Disability and Rehabilitation*, 29(13), p. 1021-1033.
- THOMSON, D. (2008). «An ethnographic study of physiotherapists' perceptions of their interactions with patients on a chronic pain unit», *Physiotherapy Theory and Practice*, 24(6), p. 408-422.
- THOMSON, D. (2010). «The social meaning and function of humour in physiotherapy practice: An ethnography», *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(1), p. 1-11.
- VASQUEZ, M.J. (2007). «Cultural difference and the therapeutic alliance: An evidence-based analysis», *American Psychologist*, 62(8), p. 875-885.
- WEBER, F. (2015). *Brève histoire de l'anthropologie*. Paris, Flammarion.
- WHITE, B.W. (2012). «From experimental moment to legacy moment: Collaboration and the crisis of representation», *Collaborative Anthropologies*, 5, p. 65-97.
- WINKIN, Y. (2001). *Anthropologie de la communication. De la théorie au terrain*. Paris, Seuil.