

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

Yves Couturier, Ph. D.

Université de Sherbrooke, Québec, Canada

Résumé

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

Mots clés

OBSERVATION, MÉTHODOLOGIE, DISTANCE

Introduction

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

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

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

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

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

© 2017 Association pour la recherche qualitative

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

Mise en contexte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Stratégies d'observation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

Notes

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

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

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

Références

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

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

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