Document généré le 25 avr. 2024 07:10

Santé mentale au Québec

Comment favoriser la recherche clinique en pédopsychiatrie? Une expérience de recherche-action collaborative

Pierre Pluye, Nicole Nadeau et Pascale Lehoux

Volume 26, numéro 2, automne 2001

Les doubles diagnostics

URI : https://id.erudit.org/iderudit/014534ar
DOI : https://doi.org/10.7202/014534ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Pluye, P., Nadeau, N. & Lehoux, P. (2001). Comment favoriser la recherche clinique en pédopsychiatrie? Une expérience de recherche-action collaborative. *Santé mentale au Québec*, *26*(2), 245–266. https://doi.org/10.7202/014534ar

Résumé de l'article

Les recherches cliniques évaluatives sont trop peu nombreuses. Nous décrirons ici un processus de recherche susceptible d'en favoriser la multiplication. Nous rapportons l'étude de cas d'un processus apparenté à la recherche-action collaborative mené par un groupe de cliniciens en pédopsychiatrie. À l'aide des résultats de l'étude et à la lumière des caractéristiques des recherche-actions, nous expliquons pourquoi et comment ce groupe de cliniciens a réussi à instaurer un processus de recherche. Les leçons tirées de cette expérience sont multiples et nous concluons en proposant la recherche-action collaborative comme un modèle dont tout clinicien ou chercheur pourrait s'inspirer en vue de mener une recherche clinique.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2001

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Comment favoriser la recherche clinique en pédopsychiatrie ? Une expérience de recherche-action collaborative

Pierre Pluye*
Nicole Nadeau**
Pascale Lehoux***

Les recherches cliniques évaluatives sont trop peu nombreuses. Nous décrirons ici un processus de recherche susceptible d'en favoriser la multiplication. Nous rapportons l'étude de cas d'un processus apparenté à la recherche-action collaborative mené par un groupe de cliniciens en pédopsychiatrie. À l'aide des résultats de l'étude et à la lumière des caractéristiques des recherche-actions, nous expliquons pourquoi et comment ce groupe de cliniciens a réussi à instaurer un processus de recherche. Les leçons tirées de cette expérience sont multiples et nous concluons en proposant la recherche-action collaborative comme un modèle dont tout clinicien ou chercheur pourrait s'inspirer en vue de mener une recherche clinique.

Les recherches cliniques évaluatives sont trop peu nombreuses. On souhaite les voir se multiplier mais les cliniciens sont rarement chercheurs et, lorsqu'ils participent aux études, ils n'en sont pas les responsables. Nous décrivons ici une expérience de recherche-action collaborative, un processus susceptible de favoriser la multiplication des recherches cliniques.

Fonagy et Roth (1996) et Fonagy (1997) recommandent de développer la recherche clinique évaluative en pédopsychiatrie, soutenant

* M.D., M. Sc., Groupe de recherche interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal.

** M.D., Département de psychiatrie de l'hôpital Ste-Justine, Université de Montréal.

*** Ph.D., Groupe de recherche interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal.

Remerciements

Pierre Pluye détient une bourse de formation doctorale du Programme national de la recherche et développement en santé (PNRDS # 6605-5358-47). Pascale Lehoux détient une bourse de chercheur-boursier du Programme national de la recherche et développement en santé (PNRDS # 6605-5359-48). Les auteurs remercient tous les membres du groupe de cliniciens pour leur participation à l'étude. Ils remercient aussi Lucie Nadeau pour ses commentaires sur les versions précédentes.

que les chercheurs négligent de s'intéresser aux situations cliniques les plus fréquentes. Ils étudient rarement les formes de psychothérapies les plus pratiquées ; ils négligent d'évaluer l'adéquation entre les besoins des patients et les traitements ainsi que leurs résultats à long terme ; ils réduisent la complexité des situations cliniques à une fiction quand ils maximisent la validité externe des devis au détriment de la validité interne ; ils excluent souvent les enfants des essais thérapeutiques ; ils négligent d'évaluer les effets des prescriptions multiples et ceux des psychotropes à long terme. Pour leur part, les cliniciens souhaitent améliorer la qualité des soins et, dans cette optique sont intéressés à voir se développer la recherche clinique (Fonagy, 1997).

Il y a deux types de cliniciens impliqués en recherche : le clinicien-chercheur et le clinicien auxiliaire ou instrument de recherche (Elliott et Morrow-Bradley, 1994). Le premier type est a priori idéal pour mettre en oeuvre les recherches cliniques mais il est rare (Conseil de la recherche médicale, 2000). Le deuxième type travaille sous la direction d'un chercheur. Ce dernier traite souvent les cliniciens non chercheurs comme des sujets passifs : rarement leur demande-t-il au préalable de définir l'objet et les sujets d'étude (Kazdin et al., 1990). Nous pensons qu'un troisième type de clinicien peut aider à stimuler le développement des recherches cliniques en y participant activement : il s'agit du membre d'un groupe de recherche-action collaborative (Hart et Anthrop, 1996 ; Holter et Schwartz-Barcott, 1993). Cette forme de recherche-action correspond à un processus connu dans la littérature sur les organisations (Foote Whyte, 1991) : elle « transforme une organisation en communauté de recherche collaborative et autoréflexive » (Reason, 1994, 330).

Nous décrirons maintenant le processus de recherche-action collaborative sous-tendant la recherche menée par un groupe de cliniciens en pédopsychiatrie à partir d'une étude de cas. L'étude de cas est une recherche sur une recherche : elle sera nommée méta-recherche dans la suite de l'article pour éviter toute confusion (tableau 1). Cette étude de cas a pour objet la recherche clinique menée par un groupe de sept cliniciens. Ceux-ci travaillent dans le département de pédopsychiatrie d'un hôpital universitaire au sein d'un service de consultation externe. Le service est composé de vingt-trois cliniciens répartis en trois équipes pluridisciplinaires et reçoit annuellement un millier d'enfants en ambulatoire. Le groupe de recherche chevauche les trois équipes cliniques : il est composé de médecins et de professionnels et s'est adjoint deux chercheurs consultants et un assistant de recherche. Il mène une recherche clinique évaluative à la fois transversale et longitudinale visant à dresser

le profil social, démographique et clinique des patients, et à étudier leur itinéraire thérapeutique (Groupe de recherche en évaluation clinique, 2000). Pour ce faire, il a introduit des fiches de collecte de données au dossier clinique.

En étudiant le processus de recherche clinique menée par le groupe nous avons conclu que ce processus s'apparente à celui d'une recherche-action collaborative. À la lumière des caractéristiques des recherche-actions collaboratives, nous expliquerons pourquoi et comment ce groupe de cliniciens a instauré un tel processus ; nous tirons de cette expérience des leçons dont tout clinicien ou chercheur peut s'inspirer.

Méthode

La méthode de la méta-recherche est une étude de cas, une stratégie appropriée pour étudier un processus dans les organisations tel que le service de pédopsychiatrie mentionné (Hartley, 1994). Les deux premiers auteurs sont co-chercheurs et sujets de l'étude : le premier était un consultant pour le groupe et la seconde en est la leader. Ils sont appelés respectivement le co-chercheur et la co-chercheure de la méta-recherche dans la suite de l'article (tableau 1). Ils ont adopté une démarche de recherche-action coopérative pour répondre au problème de validité causé par cette confusion des rôles (Pluye et al., 2000 ; Pluye et al., 2001). Dans cette démarche, la validité repose sur la congruence entre l'expérience vécue et les résultats (Reason, 1994) : le chercheur ne dénie pas son implication dans le processus étudié, au contraire il capitalise son implication en l'utilisant comme une source de données importante (West, 1996).

L'unité d'observation de la méta-recherche était le groupe de recherche et l'unité d'analyse était le service. La collecte des données fut faite à l'échelle du groupe et non à l'échelle du service, par manque de moyens et parce que les trois équipes cliniques et la plupart des professions du service étaient représentées dans le groupe. Les données sont de nature qualitative, elles sont composées de notes et de verbatims d'entrevues, et de documents (tableau 1). Vingt et une entrevues dont six enregistrées et transcrites ont été réalisées entre août 1997 et janvier 1999. Le co-chercheur a interviewé la co-chercheure à propos du fonctionnement du groupe à dix-huit reprises, la durée des entrevues était d'une trentaine de minutes sauf pour deux entrevues en profondeur dont la durée était de trois heures. Huit entrevues, sept téléphoniques et une face à face, se sont échelonnées entre août 1997 et janvier 1998 (une ou deux par mois). Elles étaient l'objet de notes dans le journal de bord du co-chercheur. Dix entrevues supplémentaires, quatre téléphoniques et

Tableau 1
Une recherche-action coopérative (méta-recherche) sur une recherche-action collaborative

Démarche	**Recherche-action collaborative**	***Recherche-action coopérative**
Définition	Recherche clinique évaluative dans un service de pédopsychiatrie	Méta-recherche sur le processus sous-jacent à la recherche clinique évaluative
Devis	Étude épidémiologique descriptive transversale et étude de cohorte	Étude de cas
Acteurs	Les membres d'un groupe de recherche réunissant sept cliniciens parmi les vingt-trois cliniciens du service, deux chercheurs consultants et un agent de recherche	Un co-chercheur (consultant du groupe) et une co-chercheure (leader du groupe)
Collecte des données	Fiches-questionnaires dans les dossiers cliniques	Entrevues entre les co-chercheurs, entrevues avec un autre membre du groupe, focus groupe avec l'ensemble des membres et documents
Analyse	Analyses statistiques	Analyse thématique de données qualitatives
Résultats	Description de(s) : annulations de demande de soins, patients, traitements et suivis	Description du processus de recherche suivi par le groupe selon cinq thèmes et selon les caractéristiques générales des recherche-actions
Validité	NA	Critère de subjectivité critique : lutte contre les collusions et les projections des co-chercheurs
Transférabilité	NA	Théorique : les caractéristiques des recherche-action collaboratives étant transposables aux autres contextes cliniques dans des organisations

*Cet article est centré sur la méthode et les résultats de la recherche-action coopérative

six face à face, se sont échelonnées entre mai 1998 et janvier 1999 (une ou deux par mois). Huit étaient l'objet de notes et deux furent enregistrées et transcrites. Ces dernières étaient des entrevues en profondeur

guidées par le document qui relatait l'historique du groupe (entrevues de trois heures à l'été 1998).

Le co-chercheur a également réalisé deux entrevues libres et en profondeur à l'automne 1998 avec un membre du groupe qui est issu d'une autre équipe clinique et qui a une profession différente de celle de la co-chercheure (entrevues de deux heures enregistrées et transcrites). Enfin en octobre 1998, le co-chercheur a animé un focus groupe avec tous les membres sur les origines du groupe et sur les facteurs qui favorisent ou défavorisent la recherche du groupe (entrevue de deux heures enregistrée et transcrite). La co-chercheure était présente, elle prenait des notes et n'intervenait pas de manière à collecter le plus possible de données provenant des autres membres. Par ailleurs, tous les documents produits par le groupe furent collectés (comptes-rendus des réunions, échéanciers, narratif relatant l'historique du groupe, hypothèses et projet de recherche, demandes de subventions, lettres officielles).

L'analyse des données qualitatives collectées pour la méta-recherche s'est déroulée en deux étapes (tableau 1). La première était guidée par un cadre conceptuel que le co-chercheur avait déduit de la littérature sur les organisations. Mais les résultats préliminaires de cette analyse n'étaient pas congruents avec l'expérience vécue par la co-chercheure et le cadre a été abandonné. Cet abandon a été interprété comme une gage de validité selon les critères définis pour les recherche-actions coopératives (Pluye et al., 2000 ; Pluye et al., 2001). La deuxième était une analyse thématique qui a décrit le processus de recherche clinique menée par le groupe selon cinq thèmes suscités par les données (Paillé, 1996) : les motivations du groupe, le pouvoir du groupe, les règles instaurées pour la recherche clinique, le leadership du groupe et les effets générés par la recherche clinique. Les thèmes pouvoir et règles ont été définis selon les concepts proposés par Friedberg (1997) en théorie des organisations : le pouvoir est à la fois une coopération politique (mobilisant des comportements) et un échange économique (mobilisant des ressources), il est structuré par des règles qui sont appliquées ou modifiées par les acteurs.

Une fois les thèmes identifiés, les données ont été regroupées selon ces derniers. L'analyse décrivait chacun des thèmes avec des données (extraits de verbatims, de notes ou de documents) et regroupait éventuellement les données en sous-thèmes signifiants. Une synthèse des thèmes a été produite sous forme de narratif. L'analyse était conduite par le co-chercheur et elle a été validée par la co-chercheure de manière hebdomadaire à l'hiver 1999. L'analyse était assistée par un logiciel qui indexe chaque thème ou sous-thème aux données dont il est

le fruit. La synthèse narrative a été validée lors d'une entrevue de groupe.

Parallèlement à l'étude de cas ou méta-recherche, les co-chercheurs ont lu et débattu plusieurs écrits sur les analyses de données qualitatives et sur les recherche-actions car la co-chercheure n'était pas familière avec ce genre de travaux. La position « naïve » de la co-chercheure lui a permis de questionner régulièrement toute la démarche, un peu à l'image des étudiants en médecine qui posent les « vraies » questions.

Les résultats de la méta-recherche sont présentés par thème selon quatre caractéristiques générales des recherche-actions : la résolution des problèmes posés par la pratique, le changement des pratiques, le développement des théories existantes et la collaboration entre les acteurs de la recherche (Holter et Schwartz-Barcott, 1993). Chaque thème est illustré empiriquement dans un tableau.

Résultats

Les motivations du groupe : Résolution des problèmes posés par la pratique et la collaboration

Les résultats montrent que la formation du groupe est une initiative interne du service (tableau 2). À ses origines les membres du groupe souhaitaient améliorer la tenue du dossier clinique, le service faisant des efforts depuis des années en ce sens. Le groupe souhaite aussi pouvoir répondre à des questions enracinées dans la pratique clinique : qui consulte et pourquoi ? quels sont les itinéraires thérapeutiques ? quelle est l'adéquation du service avec ses patients ? quels sont les processus thérapeutiques et leurs résultats ? Pour y répondre des fiches de collecte de données ont été introduites au dossier. En analysant les données récoltées à l'aide des fiches, le groupe s'est fixé comme ultime objectif d'évaluer et d'améliorer la pratique clinique en ralliant tous les cliniciens du service à la recherche clinique et à ses retombées.

Enfin, dans un contexte de rationalisation des ressources au milieu des années 1990 des menaces ont pesé sur le service ; dans cette optique certains membres du groupe avaient à cœur d'étudier la congruence du service avec ses patients en fonction du mandat universitaire de l'hôpital.

Tableau 2
Motivations du groupe : illustrations empiriques

Motivations	Illustrations empiriques
Initiative	« C'était une initiative qui venait de l'intérieur ; ce n'est pas du tout venu d'un choix hiérarchique. »
Dossier clinique	« Au départ, c'était une réflexion sur la tenue des dossiers ; on voulait en même temps simplifier les choses et uniformiser la tenue des dossiers ; on avait proposé des nouveaux formulaires puis avec le groupe on a fait des fiches qui organisaient encore mieux les dossiers ; il faut qu'une partie de notre travail apparaisse quelque part et soit communicable sans remettre en question la confidentialité. »
Motivations pour collaborer	« Il y avait un désir commun de recherche ; ce n'est pas un problème individuel, c'est un problème de groupe ; on voulait trouver des solutions qui rallient les gens ; si on voulait faire de la recherche, il fallait nous organiser. »
Motivations de recherche clinique	« Ce qui regroupait les membres c'était de se dire : oui on aimerait faire de la recherche clinique ; on voulait répondre à nos questions, c'était le moteur principal ; dès la première réunion on a commencé notre réflexion : qui est notre clientèle ? comment arrive notre clientèle ? quel type d'évaluation fait-on ? quel genre de traitement fait-on ? qu'est-ce qui fait la spécificité de notre travail ? comment peut-on mesurer l'efficacité de notre intervention ? comment faire ressortir la diversité des traitements ? quelle est l'adéquation entre notre service et la clientèle ? ; on avait en commun et on se le disait qu'on voulait aller au-delà de nos pratiques individuelles pour avoir un point de vue plus épidémiologique et une connaissance plus globale de notre pratique, de la clientèle et du lien entre les deux ; on avait le souci d'améliorer la pratique et la manière de s'améliorer c'est de regarder ce qui va et ce qui ne va pas. »
Congruence avec l'hôpital	« La pression extérieure s'est exprimée dans la foulée des coupures ; il fallait démontrer notre congruence avec les soins tertiaires ; nous avions l'impression d'en faire mais les gens nous voyaient autrement ; on a essayé de définir les soins tertiaires et d'évaluer si on faisait ce type de soins. »

Le pouvoir du groupe : Collaboration entre les acteurs de la recherche clinique

Le groupe a pleins pouvoirs sur sa recherche clinique (tableau 3). Entre eux et avec les autres cliniciens du service, le pouvoir des membres du groupe se traduit par une collaboration politique fondée sur des principes démocratiques : la représentation de tous, l'égalité formelle et

la liberté, le droit d'opposition et les prises de décisions à la majorité. *Représentation* : La plupart des professions et toutes les équipes du service sont représentées au sein du groupe. *Égalité et liberté* : Tous les cliniciens du service contribuent volontairement à la recherche, ils ont tous eu la possibilité de participer au groupe qui n'est pas organisé selon la hiérarchie du service. *Opposition et majorité* : Par exemple, le remplacement d'un membre du groupe a été décidé par un vote après un débat.

Trois mois après sa constitution, le groupe s'est adjoint un consultant junior en coordination et en recherche. Encore deux mois après, il s'est adjoint un chercheur senior qui fournit son expertise, son réseau et des ressources. Avec ces derniers, le pouvoir du groupe s'exprime plus en terme de collaboration économique (que peut-on échanger ?) que politique (qui exerce la pouvoir ?). La collaboration des consultants est un échange donnant-donnant. Le groupe offre un terrain de recherche aux consultants et ces derniers mettent leur expertise ou des ressources à la disposition du groupe. Les consultants sont considérés comme un œil extérieur utile au groupe, une sorte d'« ombre bienveillante ».

Les règles du groupe : Collaboration entre les acteurs de la recherche clinique

Des règles structurent le groupe au sein du service : rythme des réunions, parrainage et vérifications (tableau 4). Elles organisent la collaboration entre tous les acteurs de la recherche clinique au sein du service. Les réunions du groupe sont hebdomadaires, elles se tiennent dans un lieu et selon un horaire immuable, quel que soit le taux de présence des membres. Ce taux est excellent en dépit de la forte concurrence avec d'autres activités.

Le parrainage consiste à soutenir et à superviser la participation de tous les cliniciens du service dans la recherche. Chaque membre du groupe est le parrain de deux ou trois cliniciens du service à propos du remplissage des fiches de collecte de données. Le parrainage n'est jamais présenté comme un moyen de pression par les pairs mais plutôt comme un jeu, une simplification du travail ou une optimisation de la recherche. Aucun clinicien n'a refusé d'être parrainé.

Les vérifications évitent que trop de données manquantes fragilisent les résultats de la recherche clinique. Les dossiers de la cohorte des patients sont vérifiés de manière systématique et périodique par le groupe. Chaque dossier est encore révisé quand il est saisi par l'agent de recherche. Les données manquantes sont discutées entre les cliniciens impliqués et leur parrain.

Tableau 3
Pouvoir du groupe : illustrations empiriques

Pouvoir	Illustrations empiriques
Pleins pouvoirs du groupe	« On a souhaité quelque chose qui parte de nous et défini par nous ; on a lu plusieurs écrits sur l'efficacité des approches thérapeutiques et on peut utiliser certaines choses pour notre intervention ». Première rencontre du groupe avec le chercheur senior : « nous précisons les rôles de chacun, la recherche continuera d'appartenir au groupe de cliniciens et le consultant fournira l'encadrement scientifique sans pour autant prendre à sa charge la direction du projet. »
Coopération politique	« Le groupe se voulait vraiment démocratique pour échanger avec tous les membres du service ; on est sept dans le groupe sur vingt dans le service, ça permet d'avoir une bonne dynamique ; il y a trois équipes dans le service et dans la formation du groupe il y avait des médecins et des non-médecins qui venaient des trois équipes ; il y a une collaboration minimale de tout le monde pour collecter les données et il y a des gens plus actifs pour poser des questions et faire des suggestions ; il y avait eu un appel à tous pour former le groupe ; le groupe décentre les équipes et défait les rapports de hiérarchie du service. »
Coopération économique	« Ça n'aurait pas marché sans l'apport des consultants ; le consultant junior a eu un apport pour la démarche de recherche : il a supervisé l'animation, la structuration des réunions, la production des documents et la progression du travail ; il a initié le parrainage ; en ce moment, on rédige ensemble les articles (consultant junior et leader) ; le consultant senior nous a aidé à définir des concepts, à obtenir un bureau, un ordinateur et un assistant de recherche, également à chercher des fonds de recherche ; dans les réunions, le consultant senior et l'assistant de recherche ont en tête les articles donc ça va aboutir à plus ou moins long terme. »
Les consultants	« Je trouvais important de pouvoir discuter avec quelqu'un de neutre à l'extérieur du groupe ; l'ombre des consultants planait, pas dans le sens de faire ombrage mais dans le sens de discrétion ; c'était une opportunité de ne pas avoir une présence trop imposante des consultants. »

Le leadership : Collaboration entre les acteurs de la recherche clinique

Le leadership comprend avant tout les habiletés du groupe à être leader dans le service vis-à-vis de la recherche (leadership exercé avec du pouvoir et des règles [tableau 5]). De plus, le thème « leadership » dé-

Tableau 4
Règles du groupe : illustrations empiriques

Règles	Illustrations empiriques
Parrainage	« Il fallait trouver des moyens de rallier les gens du service pour collecter les données ; on s'est dit que ça passerait mieux à travers une relation personnalisée ; ça pouvait être perçu comme un contrôle mais les gens ont vu ça un peu comme un jeu : on a attribué les parrains par tirage au sort en réunion de service et il y avait des blagues, est-ce que mon parrain va me donner un cadeau à Noël ? ça motivait les gens et ça créait des rapports ludiques autour d'une tâche. »
Vérifications	« Les actes qui ne sont pas notés dans le dossier sont à notre désavantage car nous aurons des données incomplètes ; le groupe a tenu trois séances de contrôle en vérifiant la tenue de chacun des dossiers de la cohorte, et à partir des problèmes identifiés, des retours ont été faits auprès de l'ensemble du service dans les réunions de service et auprès des individus à travers le parrainage ; chaque mois on remet à jour la liste les gens qui sont impliqués dans chacun des dossiers et les secrétaires nous assistent dans la mise à jour régulière de la liste et des dossiers ; l'assistant de recherche va mettre sur une fiche ce qu'il a trouvé dans un dossier, puis il va remettre la fiche aux cliniciens concernés qui devront dire si c'est vrai ou faux ; quand il ne peut pas prendre de décision parce que c'est flou, les fiches de " double-check " sont révisées grâce au parrainage. »
Réunions	« Du cinq septembre 1997 au 19 juin 1998, le groupe a tenu trente deux réunions et la plupart du temps il y avait entre cinq et sept membres présents sur sept ; les réunions étaient de fréquence hebdomadaires, à heure et durée fixes ; même si le groupe ne peut pas toujours être au complet, les réunions ont lieu sur une base régulière, afin de donner une vie réelle au projet ; la connaissance de ces rythmes de travail permet d'ajuster nos objectifs et nos échéanciers. »

crit les habiletés de la leader du groupe pour soutenir la collaboration entre tous les acteurs de la recherche clinique. La légitimité de leader repose sur une reconnaissance informelle et formelle par le groupe. Cette légitimité évite les rivalités et clarifie les rôles. Le fait que la leader soit médecin renforce sa légitimité, le groupe étant ainsi à l'image de toutes les équipes cliniques du service qui sont dirigées par un médecin. La leader anime et coordonne les activités du groupe. Elle ne dirige pas le service et c'est un avantage car cela permet de défaire les rapports de hiérarchie habituels. Par ailleurs, la leader conduit les relations extérieures du groupe, avec l'agent de recherche, les consultants, la hiérarchie

hospitalière, les organismes subventionnaires et des experts nationaux ou internationaux.

Tableau 5
Leadership du groupe : illustrations empiriques

Leadership	**Illustrations empiriques**
Le groupe	Pouvoir et règles (tableaux 3 et 4)
La leader	« Il y avait quelque chose qui était donné d'emblée parce qu'il y avait quelque chose qui était perçu chez cette personne comme la capacité d'assumer ce leadership ; la délégation formelle de pouvoir au leader permettait d'éviter les rivalités ; donner le rôle de leader formellement clarifie les rôles ; les autres psychiatres acceptaient de lui donner formellement ce rôle donc si même les psychiatres entre eux s'entendent pour déléguer un certain pouvoir. » *Leader animateur et coordinateur* : « Même si c'est un groupe de pairs, il reste que c'est moi qui le dirige un peu ; je me suis donné le rôle de coordonner ce projet là ; je m'appelle animateur, à d'autres moments je m'appelle coordinateur ; il fallait que je me décentre de ma position habituelle dans le service et des rapports de hiérarchie dans le département. » *Relations extérieures* : « Je t'ai appelé consultant, il fallait que je trouve des titres ; j'ai compté combien de rencontres avaient eu lieu et il y en a eu beaucoup plus que je le pensais avec le groupe, avec toi et avec le chercheur senior ; nous sommes allés rencontrer le directeur de notre département pour lui présenter le projet et il nous a suggéré de faire une demande de fonds que j'ai rédigée. »

Les effets de la recherche clinique : Changement des pratiques, développement théorique et collaboration

Les cliniciens ne perçoivent aucun changement de la pratique diagnostique ou thérapeutique individuelle en conséquence de la recherche clinique évaluative menée par le groupe (tableau 6). Un membre du groupe pense que la recherche n'a pas encore changé la pratique mais qu'elle est susceptible de la changer à plus long terme.

Si l'on considère que les pratiques des cliniciens englobent des actions autres que purement diagnostiques ou thérapeutiques, alors les résultats de la méta-recherche suggèrent que la recherche clinique a changé les pratiques et développé au moins une théorie. (1) *Changements de pratique* : À l'échelle du service, en introduisant les fiches de collecte de données, le groupe a modifié la tenue et la vision des

dossiers, de même que la réflexion sur la pratique. Grâce aux fiches, la vision que les cliniciens ont des dossiers est moins administrative et plus épidémiologique, et la réflexion sur la pratique clinique tend à être plus décentrée et moins liée à la rationalité implicite de chacun. (2) *Développement théorique* : Le sens des annulations des demandes de soins et la stratégie du service vis-à-vis de ces annulations sont modifiés. Environ une demande de soins sur cinq est annulée par le patient ou sa famille ; après avoir analysé la littérature, le groupe a informé le service que cette fréquence est identique dans les services similaires et que les motifs d'annulation sont actuellement un sujet de recherche en soi. Ainsi, le groupe a doté le service d'une stratégie de rappel après annulation afin de contribuer à ce type de recherche.

Finalement, les résultats de la méta-recherche suggèrent que la collaboration entre tous les acteurs de la recherche clinique ainsi que la réflexion associée à cette dernière génèrent des bénéfices qui sont ressentis à la fois par le groupe et par le service. Le groupe ressent des bénéfices liés au travail en groupe, en terme de plaisir, de diminution de la charge psychique individuelle et de stimulation, il ressent également des bénéfices en terme de reconnaissance par l'administration de l'hôpital et par les pairs. La recherche clinique est bénéfique pour l'ensemble du service en terme de rapprochement des cliniciens, de cohésion, d'amélioration du climat de travail, de décloisonnement et d'enthousiasme.

Discussion

Les résultats de la méta-recherche suggèrent que le processus de recherche clinique du groupe répond aux quatre caractéristiques générales des recherche-actions. (1) Le groupe a implanté une recherche pour répondre à des questions posées par la pratique. (2) La recherche a entraîné des changements de pratique et (3) au moins un développement théorique. (4) Elle est associée à une collaboration réflexive entre les membres du groupe et les autres acteurs de la recherche. La recherche clinique étant peu développée en pédopsychiatrie (Fonagy, 1997), les résultats suggèrent que sous une forme de recherche-action, elle est possible, stimulante et profitable pour tous les cliniciens. Les leçons que nous tirons de cette expérience, la nature collaborative ou non de la recherche clinique étudiée et les limites de l'étude seront respectivement discutées.

Leçons tirées de l'expérience

Les leçons tirées de cette expérience sont présentées au tableau 7, elles présentent un intérêt pour tous les cliniciens et chercheurs impli-

Tableau 6
Effets de la recherche : illustrations empiriques

Effets	Illustrations empiriques
Diagnostics et thérapeutique	« La pratique de fond est la même, nous sommes des artisans avec des savoir-faire différents. » Est-ce que la recherche a changé la pratique individuelle ? « On n'en est pas encore là. »
Changements des pratiques	« Il y a un grand changement au niveau du dossier qui est plus long mais plus structuré ; les cliniciens du service ont dit : on aime ça, on continue, ça fait des meilleurs dossiers ; les gens sont habitués à remplir des statistiques pour l'administration mais la recherche est agréable car le but n'est pas de contrôler mais de collecter un matériel à partir duquel on peut travailler ; c'est toujours étonnant ce qui sort quand tu t'extraies du cas pas cas, il y a toujours des choses qui surprennent ; il y a une ouverture au questionnement et une rigueur dans notre questionnement, ce processus de réflexion me porte beaucoup ; nous avons étudié des textes de Fonagy du coup les gens posaient des questions sur le " follow up " : est-ce que ça ne devrait pas être une pratique qu'on implante ? ; un effet de ce projet sur la pratique consiste à dépasser les rapports habituels où tu sais d'avance ce que tout le monde va dire, maintenant des gens parlent de choses dont ils ne parlaient pas habituellement comme des pratiques individuelles. »
Développement théorique	« Environ 45 cas sur 200 abandonnent (annulent leur demande de soins) et certains reviennent ; le phénomène peut soulever un malaise : qu'est-ce qu'on n'a pas fait ou qu'est-ce qu'on aurait pu mieux faire ? ; la littérature montre qu'il est tout aussi important d'étudier les cas qui ont abandonné que les cas qui poursuivent les consultations car les taux d'abandon dans des services comme le nôtre sont très élevés, de tout temps, les gens l'ont toujours constaté et il y a comme un domaine spécial de recherche sur l'abandon ; ça devient un sujet d'intérêt. »
Bénéfices de la collaboration et de la réflexion	*Groupe* : « C'est le plaisir de la réflexion en groupe ; la charge psychique de travail est portée collectivement, elle est partagée et c'est un gain ; c'est très stimulant ; c'est un vent de fraîcheur ; une gestionnaire de l'hôpital m'a appelé alors nous sommes un groupe intéressant. » *Service* : " Quelque chose de positif rejaillit sur tous les intervenants du service ; ça rapproche les gens ; une sorte de cohésion ; ça améliore le climat de travail ; c'est un décloisonnement ; l'enthousiasme était là dès la deuxième réunion avec le service. »

qués dans la recherche clinique. Elles sont multiples. (1) La démarche est initiée par le groupe de cliniciens et non imposée par la hiérarchie,

elle repose sur une reconnaissance partagée d'une situation problématique et sur la volonté d'obtenir un portrait de la pratique clinique. (2) Un leader formel est nécessaire à l'avancement des travaux. (3) Le processus de recherche est soutenu par des tiers experts. (4) Plusieurs mécanismes permettent aux cliniciens d'avoir le contrôle sur ce processus et de maintenir un fonctionnement démocratique : tous les collaborateurs contribuent à la prise de décision et les règles sont définies de manière collégiale. (5) Deux règles sont essentielles : le maintien du rythme et de la fréquence des réunions du groupe et l'établissement de liens de parrainage ou de collaboration entre les membres du groupe et les membres du service participant à la collecte de données. (6) Étant donné que la collecte des données pour la méta-recherche a couvert une période de dix-huit mois pendant les deux premières années de vie du groupe, les résultats suggèrent que percevoir rapidement des effets bénéfiques de la recherche clinique est également un élément clé.

Le parrainage agit par persuasion en évitant les relations hiérarchiques qui créent des résistances, il est un excellent moyen d'obtenir une homogénéité de la tenue des dossiers dans un contexte d'autonomie des cliniciens et il permet de vérifier les données manquantes par négociation, sans mise en jeu publique des intérêts individuels. L'importance du pouvoir et des règles ne contredit pas l'importance du soutien du processus par des tiers experts en recherche. Les recherche-actions ont toujours nécessité la coopération des chercheurs avec l'organisation dans laquelle se déroule la recherche, et par voie de conséquence la soumission du chercheur aux pouvoirs et aux règles de l'organisation (Lewin, 1951). Comme les résultats de la méta-recherche l'indiquent, le groupe s'est doté d'un leader dont le rôle est important, ce rôle « est un aspect universel de tous les groupes humains » (Levine et Moreland, 1990, 612). Reason (1994) n'a d'ailleurs pas manqué de souligner cette contradiction inhérente à toutes les recherches participatives qui reposent sur l'égalité des participants mais requièrent un leader pour fonctionner.

Le processus de recherche étudié est-il vraiment une recherche-action collaborative ?

Les résultats de la méta-recherche soutiennent que le processus de recherche étudié possède les caractéristiques générales d'une recherche-action. Ils suggèrent également que ce processus possède les caractéristiques spécifiques des recherche-actions dites collaboratives. Le groupe ne connaissait pas les recherche-actions collaboratives. Cette appellation a été proposée par le co-chercheur au début de l'analyse des données. De fait, le processus étudié s'apparente à une recherche-action col-

Tableau 7
Éléments clés des résultats ayant une implication pour la recherche clinique

Thèmes	Éléments clés
Motivations	• Démarche initiée par la base (vs. imposée par la hiérarchie) • Reconnaissance partagée d'une situation problématique • Volonté d'obtenir un portrait global de la pratique clinique
Pouvoir	• Mécanismes permettant aux acteurs d'avoir le contrôle sur le processus de recherche • Mécanismes démocratiques assurant la contribution des acteurs à la prise de décision • Soutien du processus par un tiers expert en recherche
Règles	• Définition collégiale de règles légitimes pour les acteurs • Rythme et fréquence suffisante des réunions pour obtenir des résultats et des effets concrets • Parrainage
Leadership	• Présence d'un leader formel disponible pour faire avancer les travaux de recherche
Effets	• Entrevoir des bénéfices à court et à moyen terme pour les acteurs

laborative mais n'en est pas une au sens strict car le groupe ne disposait pas d'un membre ou d'un consultant susceptible d'en appliquer systématiquement les règles méthodologiques (Argyris et al., 1985, 243-247) et les règles pour tester les propositions émises par le groupe (257-261). Les résultats de la méta-recherche seront maintenant discutés en fonction des sept caractéristiques spécifiques de la recherche-action collaborative (36-79).

(1) La recherche-action collaborative vise à habiliter des groupes de recherche dans des communautés de pratique (communautés de praticiens définies par un lieu de pratique commun, des routines et des intérêts communs). Elle repose sur l'éthique des praticiens qui argumentent au sujet de leur pratique et sur l'éthique du groupe qui étudie des pratiques incluant celles de ses membres (eux-mêmes étant des praticiens au sein de la communauté de pratique). Dans l'étude, le groupe mène une recherche clinique évaluative dans sa communauté de pratique, le service (tableau 3 : coopération politique).

(2) La recherche-action collaborative vise avant tout la connaissance au service de la pratique, un savoir tacite explicitable en partie par une recherche réflexive. Autrement dit, la pratique est un moyen de

connaissance mais elle possède des dimensions cachées et un langage silencieux qui ne sont pas réductibles uniquement à des faits. En conséquence, collecter des données sur la pratique ne se borne pas à collecter des faits ; collecter des données sur la pratique exige la réflexion des praticiens sur leur pratique. Une recherche-action collaborative étudie l'argumentation des praticiens qui acceptent de réfléchir sur leur pratique et qui acceptent de décrire leur réflexion sous la forme d'une argumentation dont les traces sont collectées et analysées. Selon les résultats de la méta-recherche le groupe étudié vise avant tout la connaissance au service de la clinique (tableau 2), et fait en sorte que le savoir clinique est explicité réflexivement par les cliniciens du service (tableau 2 : dossier clinique ; tableau 4 : parrainage et vérifications ; tableau 6 : changements de pratique et développement théorique).

(3) La recherche-action collaborative est caractérisée par l'interpénétration d'arguments objectifs, subjectifs et normatifs au sens d'Habermas (1987). Elle collecte à la fois des arguments objectifs ou données factuelles sur la pratique, des arguments ou réflexions subjectives des praticiens sur leur pratique, et des arguments normatifs qui reflètent l'adéquation de la pratique avec les normes en vigueur dans la communauté. Le groupe étudié recueille dans des fiches de collecte de données : (a) des arguments objectifs comme les données sociales et démographiques sur les patients ou leurs itinéraires thérapeutiques, (b) des arguments subjectifs comme la réflexion des cliniciens sur les motifs des patients à consulter ou les résultats de leurs traitements, et (c) des arguments normatifs comme l'adéquation entre le service et les patients (tableau 2).

(4) Les propositions issues des recherche-actions collaboratives doivent satisfaire aux normes scientifiques de l'accord intersubjectif sur les données, de la falsifiabilité des arguments, de l'explicitation des inférences et de la diffusion publique. Des arguments falsifiables au sens de Popper, sont des arguments réfutables et choisis parmi plusieurs alternatives (Baudouin, 1989). Le groupe vérifie les données (accord intersubjectif - tableau 4 : parrainage et vérifications). Par ailleurs, depuis la fin de la collecte des données pour la méta-recherche, le groupe a testé ses résultats et ses propositions avec les autres cliniciens lors des réunions de service (falsifiabilité et inférences explicites) et il a diffusé publiquement ses résultats et ses propositions dans des forums à l'intérieur de l'hôpital ou dans des colloques à l'extérieur.

(5) La recherche-action collaborative repose sur l'engagement interne de la communauté de pratique en faveur de la recherche, elle nécessite des mécanismes de validation des données et elle doit satisfaire

aux normes éthiques du consentement libre et informé des praticiens qui collaborent à la recherche. Tous les résultats de la méta-recherche suggèrent que le service et le groupe s'investissent résolument dans la recherche clinique (tableaux 2 à 6). Les arguments des cliniciens sont critiqués lors des vérifications de dossier (tableau 4). Les cliniciens du service argumentent librement sur leur pratique et participent volontairement à la recherche clinique (tableau 3).

(6) Dans le modèle de la recherche expérimentale, le contexte de la découverte scientifique (le laboratoire) et celui de la justification de la découverte (l'ensemble des laboratoires similaires) sont distincts et standards. Contrairement aux laboratoires, les communautés de pratique ne sont pas standardisables et la recherche-action collaborative ne distingue pas forcément le contexte de découverte et celui de justification. Plus que dans un laboratoire, le risque existe dans une communauté de pratique que les praticiens agissent de façon à ce que leurs arguments deviennent vrais. Concernant le groupe étudié : la caractéristique (1) suggère que le contexte de découverte est le service, et les caractéristiques (2) à (5) suggèrent que le service est aussi un contexte de justification. Le groupe justifie et défend ses propositions grâce aux arguments des cliniciens qui restent les juges ultimes de la validité.

(7) La recherche-action collaborative vise à promouvoir l'apprentissage de normes et de valeurs, également à créer des alternatives au statu quo. En étudiant la pratique, elle produit un double apprentissage : le premier change la pratique quotidienne (changement tactique) et le deuxième change la pratique de manière plus globale (changement stratégique). Les résultats de la méta-recherche suggèrent que la recherche clinique menée par le groupe produit un apprentissage qui change la pratique quotidienne et crée une alternative au statu quo, par exemple vis-à-vis de la tenue des dossiers cliniques (tableau 6). La recherche clinique change aussi la pratique de manière plus globale car le changement du sens des annulations de demandes de soins conduit le service à changer sa stratégie vis-à-vis des annulations : un problème qui était source de malaise devient ainsi un sujet d'étude digne d'intérêt (tableau 6 : développement théorique).

Les limites de l'étude

Les limites de la méta-recherche sont détaillées car les recherches utilisant des données qualitatives ne sont pas monnaie courante en psychiatrie (Goering et Streiner, 1996) et ces recherches ne constituent pas un domaine scientifique homogène (Wright et McKeever, 2000). Plusieurs arguments militent en faveur de la validité des résultats de la

méta-recherche si on se réfère aux critères de scientificité généraux proposés par Laperrière à propos des analyses de données qualitatives (1997, 384-388) : la reproduction et l'évaluation de l'étude de cas par d'autres chercheurs est facilitée grâce à l'analyse des données qualitatives assistée par ordinateur ; le service de pédopsychiatrie est un contexte assez vaste par rapport au processus étudié et suffisamment restreint pour pouvoir être observé en profondeur ; le processus est décrit avec des thèmes adaptés, après une implication à long terme, en tenant compte du contexte tout au long de l'étude et en saisissant au moins un sens « socio-symbolique », celui de la co-chercheure ; la complexité et la relative indétermination du processus observé sont prises en compte avec une approche inductive ; les interprétations sont confrontées à l'ensemble des observations, et les observations sont catégorisées en thèmes de manière précise et consistante ; le codage des données est vérifié par la co-chercheure ; les propositions théoriques sont parcimonieuses (cinq thèmes induits des données et quatre caractéristiques générales déduites de la littérature sur les recherche-actions).

D'autres arguments plus spécifiques militent également en faveur de la validité des résultats de la méta-recherche (tableau 1). La subjectivité critique est le critère de validité fondamental de la méthode employée, elle est définie comme une lutte contre les collusions consensuelles et les projections. Ces dernières sont des processus psychologiques inconscients qui menacent particulièrement la validité des recherche-actions coopératives : les co-chercheurs risquent d'accepter tacitement des propositions sans les questionner ou d'attribuer leurs propres pensées et affects aux autres et à l'environnement. Plusieurs moyens permettent d'améliorer ou de sonder la subjectivité critique. Nous avons argumenté ailleurs en faveur de la validité des résultats de la méta-recherche par rapport à ce critère (Pluye et al., 2000 ; Pluye et al., 2001). Finalement, les résultats de la méta-recherche sont transposables à d'autres contextes cliniques dans des organisations (tableau 1). En effet, ils réfèrent aux caractéristiques des recherche-actions collaboratives et dans la littérature sur les organisations ces caractéristiques ont sans conteste profondeur, efficacité, adaptabilité et transférabilité (Argyris et al., 1985).

Conclusion

L'expérience de recherche action collaborative décrite ici suggère que les cliniciens et les chercheurs peuvent s'approprier ce processus afin de multiplier les recherches cliniques évaluatives. Nous proposons ce processus comme un archétype de collaboration entre chercheurs et cli-

niciens, c'est-à-dire comme un modèle qu'il ne s'agit pas forcément d'imiter strictement mais dont tout clinicien ou chercheur peut s'inspirer pour le fonctionnement d'un groupe de recherche. Hoshmand et O'Byrne (1996) diraient que cet article propose de considérer la recherche-action collaborative comme un guide métaphorique pour mener des recherches cliniques évaluatives en pédopsychiatrie. D'ailleurs la psychiatrie a une longue tradition de recherche-action (Liu, 1997 ; Rapopport, 1973 ; Tosquelles, 1973), ce qui devrait faire en sorte que ce modèle soit plus facilement accessible à des cliniciens de ce champ de pratique.

Peu de travaux concernant le fonctionnement des groupes de cliniciens faisant de la recherche en santé mentale ont été publiés (Mahrer et Gagnon, 1991). D'autres études sont nécessaires afin d'explorer et d'expliquer les différentes alternatives de processus qui sous-tendent la recherche clinique. Enfin, cette étude de cas serait utilement complétée par une deuxième phase de collecte et d'analyse de données. Il serait intéressant de savoir si des changements de pratiques diagnostique et thérapeutique finissent ou non par survenir à plus long terme. Sur le plan des connaissances fondamentales, de tels changements ne manqueraient pas de soulever des questions par rapport à la transformation des modes de régulation des pratiques cliniques en raison des possibilités accrues de production de savoirs techno-scientifiques locaux, sous l'effet conjugué de l'implantation des dossiers cliniques informatisés et des méthodes participatives. Sur le plan des connaissances appliquées, ils inciteraient à disséminer ce genre d'expérience dans tous les contextes cliniques.

RÉFÉRENCES

ARGYRIS, C., PUTNAM, R., MCLAIN SMITH, D., 1985, *Action Science*, Jossey-Bass, San Francisco.

BAUDOUIN, J., 1989, *Karl Popper*, Presses universitaires de France, Paris.

CONSEIL DE LA RECHERCHE MÉDICALE, 2000, *Cap sur les Instituts canadiens de recherche en santé*, Site internet du Conseil de la recherche médicale : http://www.crm.gc.ca/cihr-icrs/icrs.html.

ELLIOTT, R., MORROW-BRADLEY, C., 1994, Developping a working marriage between psychotherapists and psychotherapy researchers : Identifying shared purposes, in Talley, P. F., Strupp, H. H., Butler, S. F., eds., *Psychotherapy Research and Practice : Bridging the Gap*, Harper Collins, New York, 124-142.

FONAGY, P., 1997, Evaluating the effectiveness of interventions in child psychiatry : The state of the art, *Canadian Child Psychiatry Review*, 6, 31-47 (première partie) et 64-80 (deuxième partie).

FOOTE WHYTE, W., 1991, *Participatory Action Research*, Sage, Newbury Park.

FRIEDBERG, E., 1997, *Le pouvoir et la règle*, Seuil, Paris.

GOERING, P. N., STREINER, D. L., 1996, Reconcilable differences : The marriage of qualitative and quantitative methods, *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 491-497.

GROUPE DE RECHERCHE EN ÉVALUATION CLINIQUE, 2000, *Rapport d'étape présenté au comité d'évaluation des nouvelles technologies et à la direction des services professionnels*, Montréal : Service des cliniques externes, Département de psychiatrie, Hôpital Ste-Justine, Faculté de médecine, Université de Montréal.

HABERMAS, J., 1987, *Théorie de l'agir communicationnel*, Fayard, Paris.

HART, E., ANTHROP, C., 1996, Action research as a professionalizing strategy : Issues and dilemmas, *Journal of Advanced Nursing*, 23, 454-461.

HARTLEY, J. F., 1994, Case studies in organizational research, in Cassel, C., Symon, G., eds., *Qualitative Methods in Organizational Research : A Practical Guide*, Sage, Thousand Oaks, 208-229.

HOLTER, I. M., SCHWARTZ-BARCOTT, D., 1993, Action research : What is it ? How it has been used and how can it be used in nursing ? *Journal of Advanced Nursing*, 18, 298-304.

HOSHMAND, L. T., O'BYRNE, K., 1996, Reconsidering action research as a guiding metaphor for professional psychology, *Journal of Community Psychology*, 24, 185-200.

KAZDIN, A. E., SIEGEL, T. C., BASS, D., 1990, Drawing on clinical practice to inform research on child and adolescent psychotherapy : Survey of practitioners, *Professional Psychology : Research and Practice*, 21, 189-198.

LEVINE, J. M., MORELAND, R. L., 1990, Progress in small group research, *Annual Review of Psychology*, 41, 585-634.

LEWIN, K., 1951, Problems of research in social psychology, in Cartwright, D., ed., *Field Theory in Social Science*, Harper and Brother, New York, 155-169.

LIU, M., 1997, *Fondements et pratiques de la recherche-action*, L'Harmattan, Paris.

MAHRER, A. R., GAGNON, R., 1991, The care and feeding of a psychotherapy research team, *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 16, 188-192.

PAILLÉ, P., 1996, De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier, *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*, 15, 179-194.

PLUYE, P., NADEAU, L., NADEAU, N., LEHOUX, P., 2001, *Rigor in Co-operative Research : Critical Subjectivity Revisited*, International institute for qualitative methodology : Second annual advances in qualitative methods conference, Edmonton.

PLUYE, P., NADEAU, N., NADEAU, L., 2000, Les contraintes imposées par le terrain sur la rigueur, *Recherches qualitatives* [http://www.recherche-qualitative.qc.ca], 21, 125-136.

RAPOPORT, R. N., 1973, La communauté thérapeutique, *Connexions*, 7, 37-51.

REASON, P., 1994, Three approaches to participative inquiry, in Denzin, N. K., Lincoln, Y. S., eds., *Handbook of Qualitative Research*, Sage, Thousand Oaks, 324-339.

ROTH, A., FONAGY, P., 1996, *What Works for Whom ? A Critical Review of Psychotherapy Research*, The Guilford Press, New York.

TOSQUELLES, F., 1973, À propos de psychothérapie institutionnelle, *Connexions*, 6, 9-33.

WEST, W., 1996, Using human inquiry groups in counselling research, *British Journal of Guidance and Counselling*, 24, 347-355.

WRIGHT, J. G., MCKEEVER, P., 2000, Qualitative research : Its role in clinical research, *Annales du Collège royal de médecine et de chirurgie du Canada*, 33, 275-280.

ABSTRACT

How to favor clinical research in pedopsychiatry?
An experience of a cooperative action-research

Clinical evaluative research are far too few. In this article, the authors describe a research process likely to favor its multiplication. They report on a case study of a process resembling a cooperative action-research led by a group of clinicians in pedopsychiatry. With the results and in the light of caracteristics of action-research, they explain why and how this group of clinicians has succeeded in establishing a research process. The lessons drawned from this experience are numerous. The authors conclude by proposing a cooperative action-research as a model that all clinicians could apply to a clinical study.

RESUMEN

¿Como favorisar la investigación clínica en pedopsyquiatría?

Investigaciones evaluativas clínicas no son muy numerosas. Describiremos aquí un proceso de investigación susceptible de favorisar su multiplicación. Relatamos el estudio de caso de un proceso emparentado a la investigación-acción colaborativa conducida por un grupo de clínicos en pedopsiquiatría. Con los resultados del estudio y a la vista de las características de las investigaciones-acción, explicaremos porque y como este grupo de clínicos lograron instaurar un proceso de investigación. Frutos sacados de esta experiencia son múltiples y concluyemos proponiendo la investigación-acción colaborativa como modelo del cual un investigador podria inspirarse en el conducto de una investigación clínica.