

Autoethnographie de la pandémie de COVID-19 à Madagascar et perspectives d'actions pour l'église locale

Jean William RAZAFIMAHATRA

Université FJKM Raveojaona, Lot Ter 24 H Gilpin Ampandranana, Antananarivo, Madagascar

E-mail of the corresponding author: pasteur.razafimahatratra@gmail.com

Résumé

Hospitalisé pour COVID-19 en début de la pandémie à Madagascar (mars 2020), l'auteur rapporte dans cet article sous un aspect autoethnographique le vécu du groupe de personnes diagnostiquées par PCR au service de Maladies Infectieuses du CHU Joseph RASETA Befelatanana, Antananarivo Madagascar. L'objectif de cette étude est de tirer des moyens de vivre positivement avec le coronavirus. Etant passés par l'incompréhension, les sentiments d'irresponsabilité, de culpabilité, de punition, d'emprisonnement, d'impureté, la durée d'hospitalisation est perçue comme très longue d'autant plus injuste car ils ont été retenus même après absence de symptômes. Aumônier malgré lui dans cette expérience, comme l'auteur est à la fois médecin et pasteur, sa réflexion mène à des perspectives d'actions qui engagent l'église locale à Madagascar.

Mots-clés: Condition humaine, Evangile, Santé Publique, COVID-19, SARS-COV-2, autoethnographie, interepistémique, regard chrétien

DOI: 10.7176/RHSS/13-8-02

Publication date: April 30th 2023

1. Introduction

Depuis l'explosion de la COVID-19 dans le monde par une pandémie incomparable, plusieurs recherches ont été faites suivant une approche globale historique et/ou épidémiologique pour voir l'impact mondial et l'impact national. L'évolution de la pandémie a été spécifique selon chaque pays même s'il y a toujours des points communs ne serait-ce que les facteurs favorisants. De ce fait, les comparaisons de l'évolution de la pandémie entre pays sont à considérer avec leur spécificité, toutefois il est possible de tirer des leçons sur les mesures prises ailleurs.

A Madagascar, le premier cas de COVID-19 a été diagnostiqué en mois de Mars 2020, plus précisément le 20 Mars 2020. En cette période d'installation d'un fléau, on est en phase de tâtonnement que ce soit sur la limitation de la propagation de virus que sur la prise en charge des infectés et le traitement de la maladie. Cette situation est aggravée par la pauvreté du pays.

L'auteur fait partie des premières personnes testées positif au COVID-19 au début de la pandémie à Madagascar. Avec d'autres patients COVID-19, il a été hospitalisé au Centre Hospitalier Universitaire Joseph RASETA Befelatanana Antananarivo. Ce groupe de premiers patients hospitalisés est resté quarante jours au même hôpital même après disparition des symptômes. Son expérience lui a mené à aborder ce sujet en reportant les impacts personnels et sur le groupe des premiers infectés qui ont été hospitalisés avec lui. Comment se sont-ils adaptés à cette situation et comment l'ont-ils surmonté ? La section suivante justifie le choix de l'autoethnographie comme méthode. Par la suite, le vécu de la population étudiée est décrit comme résultat. Enfin, des perspectives d'actions pour l'église locale sont données.

2. Méthode

2.1 Autoethnographie

L'autoethnographie vient étymologiquement des mots [Louis- Claude PAQUIN] :

- « ethno » : dérivé du grec eqnos, proprement « toute classe d'êtres d'origine ou de condition commune » ;
- « graphie » : emprunté au grec grafeivvvn « décrire ».

Littéralement, l'autoethnographie est la « description des peuples ». Selon Dubé Gabrielle, l'autoethnographie peut être définie comme une narration de soi qui tient compte de la relation avec les autres dans des contextes culturels et sociaux.

Elle fait partie de la discipline anthropologique mais peut être aussi utilisée dans d'autres domaines comme la Médecine, l'histoire, la Théologie qui sont dans l'intérêt et le contexte de l'auteur. Elle étudie les expériences subjectives par des discours sous forme de récits de vie qui mettent en mot le vécu et le ressenti personnel.

2.2 Choix de l'autoethnographie pour cette étude

L'étude de l'Homme (Anthropos) dans sa culture est l'ethnologie qui renferme plusieurs branches entre autres l'Anthropologie qui se procède par une étude descriptive et la Sociologie. Dans cette recherche, nous choisissons l'autoethnographie comme méthode pour répondre à la question de détresse. Par rapport aux autres études qui

son fait par un tiers, l'avantage de cette approche est que le sujet de l'étude fait partie de l'objet de l'étude, l'auteur faisant partie de la population ou groupe étudié, il a donc plus de facilité à être considéré comme à leur place. Cette méthode est la plus profonde et intime car elle permet d'analyser et d'interpréter tous les effets corporels, psychiques, spirituels, émotionnels (touchant à l'âme) de la pandémie du point de vue individuel et local.

L'autoethnographie est plus profonde que l'observation participante de la Sociologie qui se limite aux trois principes : « vivre avec, manger avec, dormir chez » selon l'auteur Malinowski. En Sociologie, l'impétrant est avec la population d'étude tandis qu'en ethnographie, l'impétrant fait partie de la population d'étude. Il est, à la fois, le sujet et l'objet d'étude : le « Vivant » et le « Vécu » en termes anthropologiques.

2.3 Application de la méthode dans cette étude

Etant sujet et objet de la recherche, en tant qu'Historien, Médecin et Pasteur chrétien, et à la fois parmi les malades infectés par le virus Sars Cov 2, cette approche autoéthnographique est une approche privilégiée en tenant compte de la culture dans laquelle s'est déroulée une partie de ma vie personnelle professionnelle et confessionnelle. Nous notons trois couples d'objet sujet : Médecin- Patient, Pasteur- Fidèle et Historien- Protagoniste.

L'étude englobe les périodes avant, pendant et après « les quarante jours » à l'hôpital. En effet, même après disparition des symptômes, les premiers cas ont été retenus à l'hôpital jusqu'à ce que leur test PCR devient négatif. J'appelle dans ce qui suit « la quarantaine » les quarante jours d'hospitalisation (pour mon cas du 10 avril au 20 mai 2020).

Les matériaux utilisés sont les agendas, journal de l'hospitalisation, les messages téléphoniques, cahiers de réflexion médicale et réflexion pastorale ou théologique, entretiens pastoraux, les enquêtes.

2.4 Population d'étude

Dans notre cas, la population d'étude est constituée par les personnes vivant avec le COVID-19 au début de la pandémie à Madagascar. Cette population se divise en deux sous-groupes : les infectés (ceux testés positifs) et les affectés (leurs entourages). La population est restreinte aux premiers testés positifs dont l'auteur fait partie, qui ont été hospitalisés au Centre Hospitalier Universitaire Joseph RASETA Befelatanana pendant au moins quarante jours.

3. Résultats

3.1 Impact personnel et sur les infectés (chaque malade)

On commence par soi-même par l'individu selon, le cas de l'auteur est dans un paradigme, il est médecin et pourtant il est à la place du patient, il est pasteur, et pourtant il est parmi les fidèles.

- Sentiments d'irresponsabilité et de culpabilité

L'évènement qu'on rapporte survient trois semaines après le diagnostic de trois premiers cas de COVID à Madagascar dont deux sont un couple de Pasteurs de la même Eglise (congrégation ou entité ecclésiale nationale) que l'auteur, qui viennent de faire leur mission en France. Le troisième patient est un officier militaire qui a suivi une formation militaire en Afrique. Son vol de retour a une escale en France (Paris). Il est parmi le voyageur du dernier vol avant le confinement de Mars 2020. Il est membre communiant de la Paroisse dont je suis Pasteur. En somme, les trois premiers cas sont venus par les derniers vols Paris -Antananarivo avant la fermeture de frontière et sont membre de la même église (congrégation ou entité ecclésiale nationale) que l'auteur.

En ce temps de détection de premiers cas à Madagascar, beaucoup de reproches sont faites au pouvoir d'avoir autorisé ces derniers vols en mars 2020 au lieu de fermer les frontières. Les premiers infectés sont pointés du doigt comme ramenant le danger au pays sachant qu'économiquement, le pays a peu de moyen pour prendre ou permettre des mesures strictes pour limiter la propagation du virus. La population est inquiétée par ce que sera l'évolution de la pandémie, plusieurs personnes se sont précipitées vers des solutions de prévention de la pratique traditionnelle pour renforcer leur immunité.

Sans avoir été cas contact avec les tout premiers cas venus de / passés par la France, j'ai été testé positif par un Test PCR (Polymerase Chair Reaction) le vendredi 10 Avril 2020. Les sentiments d'irresponsabilité et de culpabilité m'ont gagné. Ces deux sentiments sont communs aux premiers infectés mais ils sont plus accentués par le fait que je suis médecin et pasteur : « un médecin et pourtant n'ayant pas respecté scrupuleusement les gestes barrières, n'ayant pas fait suffisamment attention » ; « un pasteur, qui devrait être modèle pour les fidèles et représentant l'Eglise, et pourtant amenant un danger pour sa famille et son entourage, en plus qu'il y a déjà eu les trois tout premiers cas, quelle image pour cette église ? ».

A ces sentiments d'irresponsabilité et de culpabilité s'ajoutent une honte. Les premiers infectés et leurs familles ne veulent surtout pas que leur quartier ou leur entourage au plus large sachent qu'en fait, ils ont été hospitalisés pour COVID-19.

- Sentiments de punition, d'emprisonnement, d'impureté

Le groupe étudié est resté quarante jours ou plus au Service de Maladie Infectieuse au Centre Hospitalier Universitaire Joseph RASETA Befelatanana, hôpital référence. Ce fut la mesure prise pour les isoler. Nous ne présentions pas tous une forme grave ni de détresse respiratoire. Le gouvernement prenait en charge nos séjours à l'hôpital et nos repas.

De par l'isolement strict, nous avons été coupés de nos familles et proches, de nos fonctions et activités quotidiennes. Nous nous sommes sentis emprisonnés surtout après que nous avons regagné force et santé. « Loin de ma femme, plus de culte, plus de visite familiale ni ecclésiastique, plus de sortie pour les petites courses ... », tout un poids pour moi.

A cela s'ajoute un sentiment d'impureté, comme des lépreux qui doivent tenir hors d'accès de tous, en isolement. Des tests PCR ont été refaits sur ces premiers hospitalisés régulièrement (tous les deux ou trois jours), chaque test est un espoir, tenant en suspens puisque notre sortie de l'hôpital était conditionnée par deux résultats négatifs successifs à un test PCR. Dans l'incompréhension de ces mesures, bien portant et pourtant encore testés positifs longtemps, nous approchions encore plus la dépression. Et comme le protocole thérapeutique en début de pandémie n'était pas encore bien fixé, on nous a proposé un nouveau traitement. Dans l'incertitude, certains d'entre nous se sont sentis comme des « cobayes » pour ces études en cours.

Dans cette expérience, au bout d'un moment je suis devenu aumônier malgré moi, j'ai passé des temps de prières et de partages bibliques en respect de distanciation et port de masque avec d'autres patients qui avaient besoin d'encouragement.

3.2 Impact sur les affectés : familles et entourage proche des infectés

Le sentiment de honte envers la société, de garder secret au plus possible le cas de COVID affecte aussi les familles. Les entourages dans le quartier repèrent quand même puisque l'Institut Pasteur vient souvent effectuer des tests PCR sur les proches qui sont cas contacts, ils viennent aussi effectuer une désinfection des lieux. En ce temps, les gens évitent tout contact à des suspects « contacts COVID ». Sachant qu'avec la pauvreté, il est difficile de mettre une mesure de confinement strict dans le pays. Les personnes non infectées poursuivent journalièrement leurs activités pour gagner de l'argent de manière journalière. Le respect des gestes barrières n'est pas non plus en rigueur. La prudence est de s'éloigner des supposés ou connus contacts des premiers infectés encore connus en faible nombre en mars 2020.

Mon épouse a été licenciée pour cause COVID sous contexte d'abandon de poste alors qu'elle devait rester confinée puisqu'elle est cas contact même si ses tests PCRs successifs ont toujours été négatifs. Ce fut un autre poids pour elle.

Les familles sont angoissées en début d'hospitalisation quand les symptômes sont encore persistants. Cette angoisse se calme quand l'état de santé s'améliore mais se poursuit par une longue attente de la sortie de l'hôpital.

3.3 Impact culturel et culturel

La pandémie perturbe la communion dans toutes les formes de cérémonies de réjouissances (mariage par exemple) comme de deuil. Le chiffre et les statistiques peuvent être interprétés selon les intérêts mais ici, nous considérons l'impact individuel personnel affectant l'entourage dans son milieu culturel (joie et deuil). En effet, la culture se voit dans la vie familiale, sociale et religieuse. Comme les regroupements sont interdits ou limités, même les enterrements se font au strict nombre minimum de personnes, ce qui est une grande affliction pour un Malagasy.

Les mesures d'isolement en prévention et en limitation de l'expansion de la maladie affectent aussi par la solitude engendrée.

Les cultes ou autres rassemblements religieux sont arrêtés ou régulés avec la limitation du nombre de présents. Ces temps sont des temps de recueillement pour les fidèles, les moyens mis en place pour les suivre à distance ne peuvent pas suppléer aux cultes présentiels et tous les fidèles n'y ont pas accès. Ils ont pourtant besoin de se ressourcer par les prières, les partages mais aussi par les présences mutuelles dans le temps de crise.

4. Conditions humaines et Evangile : appel à une mission de l'Eglise

La Parole divine dans la Bible aborde non seulement de manière historique l'existence de guerre, famine, épidémie mais donne les mesures à adopter pour les affronter et les stratégies pour les vaincre et les surmonter. Contre le COVID-19, chaque chrétien peut lutter avec toutes les autres forces vives de la nation en procédant selon une stratégie efficace, considérant que l'ennemi commun est la pandémie et que l'arme pour le combattre est l'Evangile. Tous les événements ont des impacts sur la foi et vice versa, la foi est toujours sollicitée en cas de crise.

En effectuant cette étude, je voudrais, non seulement, décrire ou subir l'impact de cette maladie mais réagir contre cette maladie pour contribuer au bien de la nation selon les Paroles dans la Bible :

« Ne te laisse pas vaincre par le mal, mais surmonte le mal par le bien » Romains 12 :21 ;

« Nous vous en prions aussi, frères, avertissez ceux qui vivent dans le désordre, consolez ceux qui sont abattus, supportez les faibles, usez de patience envers tous. » 1 Thessaloniciens 5 : 14 ;
« Car comment pourrais-je voir la calamité qui atteindrait mon peuple, et comment pourrais-je voir la destruction de ma parenté ? » Esther 8 : 6.

En faisant cela, je mets à disposition d'un grand nombre les capacités ou dons de grâce que le Seigneur m'a données (1 Pierre 4 :10).

Face à cette pandémie, nous ne devons pas seulement s'adapter ou se défendre contre cette maladie, mais lutter contre cette maladie pour changer la situation à partir de chaque individu selon sa capacité comme l'adage le dit « *La meilleure défense c'est l'attaque* ». Le principe mis en œuvre est : « penser globalement, agir localement dans une situation de vie ». La contribution de chacun compte pour tous comme la contribution de tous compte pour chacun. La conscience personnelle mène au bien de la collectivité.

5. Perspectives d'actions pour l'église locale

En temps de crise, l'église peut contribuer aux aides sociales envers les plus démunis. Avec les infrastructures en sa possession, elle peut également mettre à disposition des locaux, salles, dispensaires pour entrer en synergie avec les autres instances dans la lutte contre la pandémie.

Dans cet article, nous allons nous étendre surtout sur la **prise en charge pastoral des personnes vivant avec le CoronaVirus (PVCV)**. L'Eglise doit exposer un modèle de prise en charge pastorale répondant aux besoins des patients et des fidèles. L'Eglise est le domaine la plus efficiente et efficace à ce propos. Ainsi, l'Eglise aide les infectés et affecté à « **vivre positivement avec le COVID-19** » d'une manière chrétienne comme elle pourrait faire dans n'importe quelle caractéristique, évènement majeur ou situation qui affecte chaque être humain ou la société.

- Prise en charge des infectés : prise en charge correcte, juste, digne, saine et sainte et réinsertion complète, individuelle, familiale, sociale, professionnelle et ecclésiale (un cas rencontré) pour tout Homme et tout l'Homme respectant les valeurs de chaque personne.
- Prise en charge des affectés : avant, pendant et après la maladie par un counseling enrichi et renforcé par les évangélisations des profondeurs, méditation, plaidoirie, changement, réseautage, ascèse.

6. Conclusion

J'ai choisi l'étude de l'impact individuel et local pour témoigner en tant que malade atteint par le coronavirus tout au début de la pandémie de COVI-19 à Madagascar. Cette méthode me permet de dégager « le vécu et le vivant » de cet évènement nouveau et difficile se sentant comme prisonnier, irresponsable et impur.

Dans l'étude du développement de la pandémie de COVID-19 à Madagascar, le regard culturel est inévitable car la culture est le domaine qui souffre le plus de conséquences de cette pandémie.

L'Eglise peut agir avec les forces vives de la nation dans la prise en charge pastoral des personnes vivant avec le CoronaVirus (PVCV) – les infectés comme les affectés en plus des contributions sociales, les personnes vivant avec le CoronaVirus ayant un réel besoin de soutien psychologique et de réinsertion.

Références

- 1- ANDERSON, L. (2006). Analytic autoethnography. *Journal of contemporary ethnography*, 35 (4), 373-395.
- 2- ANDERSON, R. (1998). Intuitive inquiry : A transpersonal approach. In W. Braud, et R. Anderson. *Transpersonal research methods for the social sciences. Honoring human experience* (p. 69-94). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- 3- ATKINSON, P. (2006). Rescuing autoethnography. *Journal of contemporary ethnography*, 35 (4), 400-404.
- 4- BRAUD, W. et Anderson, R. (1998). *Transpersonal research methods for the social sciences. Honoring human experience*. Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- 5- CHANG, H. (2008). *Autoethnography as method*. Walnut Creek, CA : Left Coast Press Inc.
- 6- CHATHAM-CARPENTER, A. (2010). « Do thyself no harm » : Protecting ourselves as autoethnographers. *Journal of Research Practice*, 6(1), Article M1.
- 7- CLANDININ, D.J. et Connelly, F.M. (2000). *Narrative inquiry : Experience and story in qualitative research*. San Francisco, CA : Jossey-Vass.
- 8- DENZIN, NK. (1989), *Interpretative interactionism*. London : Sage.
- 9- DENZIN, NK. et Lincoln, Y.S. (éd.) (1994). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- 10- DENZIN, N. (1997). *Interpretative ethnography : Ethnographic practices for the 21th century*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- 11- DENZIN, N. K. (2006). Analytic autoethnography, or Déjà vu all over again. *Journal of Contemporary Ethnography*, 35 (4), 419-428.
- 12- DESGAGNE, S. (1994). A propos de la « discipline en classe » : analyse du savoir professionnel d'enseignantes et d'enseignants expérimentés du secondaire en situation de parrainer des débutants. Thèse

- de doctorat en éducation, Université Laval, Québec.
- 13- DESLAURIERS, J.-P. (1988). *Les méthodes de la recherche qualitative*. Sillery : Presses de l'Université du Québec.
 - 14- DESROCHE, H. (1990). *Entreprendre d'apprendre : d'une autobiographie raisonnée aux projets d'une recherche-action*. Paris : Les éditions Ouvrières.
 - 15- De SOUZA VASCONCELOS, E. F. (2011). From « I am » to « We could be » : Teaching, learning, and doing reaserch dialogically in ESOL teacher education. Thèse de doctorat en éducation, University of Georgia, Athens, GA.
 - 16- DUBE Gabrielle, *L'autoethnographie, une méthode de recherche inclusive*, Vol. 9, 2016, Université de Québec à Rimouski, revue transdisciplinaire d'étude des pratiques psychosociales.
 - 17- ELLIS, C. (1998). What counts as scholarship in communication? An autoethnographic response. *American communication journal*, 1(2), 1-5.
 - 18- ELLIS, C. et BOCHNER, AP. (2000). Autoethnography, personnal narrative, and personal reflexivity. In N.K. Denkin, et Y.S. Lincoln, (éd.) *Handbook of qualitative research* (2e éd) (p. 733-768). Thousand Oaks, CA: Sage.
 - 19- ELLIS, C. (2004). *The ethnographic I: A methodological novel about autoethnography*. New York: Alta Mira.
 - 20- FREEMAN, M. (2004). Data are everywhere: narrative cristicism in the literature of experience. In C. Dauite, et C. Lightfoot, (éd), *Narrative analysis: Studing the development of individuals in society* (p. 63-82). Thousand Oaks, CA : Sage.
 - 21- GALVANI, P. (2004). L'exploration des moments intenses et du sens personnel des pratiques professionnelles, *Interactions*, 8(2), 95-121. HOODER, I. (2003). The interpretation of documents and material culture. In N.K. Denzin, et Y.S. Lincoln, (éd), *Collecting and interpreting qualitative materials* (2e éd) (p. 155-175). Thousand Oaks, CA: Sage.
 - 22- HUMPHREYS, M. (2005). Getting personal: Reflexivity and autoethnographic vignettes. *Qualitative Inquiry*, 11, 840-860. JONES, S.H. (2005). Autoethnography: Making the personal political. In N.K. Denzin et Y.S Lincoln. *Handbook of qualitative research* (3e éd) (p. 763-792). Thousand Oaks, CA : Sage.
 - 23- KARSENTI, T. et SAVOIE-ZAJC, L. (2004). *La recherche en éducation : étapes et approches*. Sherbrooke : Editions du CRP.
 - 24- MORIN, E. (1970). *Journal de Californie*. Paris : Points.
 - 25- MUKAMURERA, J., LACOURSE, F. et Y. COUTURIER. (2006). Des avancées en analyse qualitative pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*. 26(1), p. 110-138. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.recherchequalitative.qc.ca/Revue.html>.
 - 26- NGUNJIRI, F.W., HERNANDEZ, K.C., & Chang, H. (2010). Living autoethnography: Connecting life ans research. *Journal of Research Practice*, 6(1), Article E1. Téléaccessible à l'adresse <http://jrp.icaap.org/index.php/jrp/article/view/241/186>.
 - 27- PAILLE, P. (2007). La recherche qualitative ; une méthodologie de la proximité. In H. Dorvil (éd), *Problèmes sociaux. Tome III. Théories et méthodologie de la recherche* (p. 409-443). Québec : Presses de l'Université de Québec.
 - 28- PAILLE, P. (dir). (2010). *La méthodologie qualitative. Postures de recherche et travail de terrain* (2e éd. Paris : Armand Collin.
 - 29- PAILLE, P. Les conditions de l'analyse qualitative. *Sociologies* [En ligne], Expérience de recherche, Champs de recherche et enjeux de terrain, mis en ligne le 6 juillet 2011. Document téléaccessible à l'adresse <http://sociologies.revues.org/3557>.
 - 30- PAILLE, P et MUCCHIELLI, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd). Paris: Armand Collin (1re éd. 2003)
 - 31- PELIAS, R.J. (2003). The academic tourist: An autoethnography. *Qualitative Inquiry*, 9(3), 369-373.
 - 32- PONG, L.W (2022). Journey of a thousand miles leading to an acculturated self: The autoethnography of a chinese american immigrant. Thèse de doctorat en éducation, Fielding Graduate University, Santa Barbara, CA.
 - 33- REED-DANAHAY, D.E. (1997). *Auto/ethnography. Rewriting the self and the social*. Oxford, UK: Berg.
 - 34- RICHARDSON, L. (1994). Writing. A method of inquiry. In N.K. Denzin, et Y.S. Lincoln, (éd). *Handbook of qualitative research*, (p. 516-529). Thousand Oaks, CA: Sage.
 - 35- SPARKES, A.C. (2002). Autoethnography: Self- indulgence or something more? In A. Bochner, et C. Ellis, (éd.). *Ethnographically speaking: Autoethnography, literature, and aethetics* (p. 209-232). Walnut Creek, CA: AltaMira press.
 - 36- SPRY, T. (2001). Performing autoethnography: An embodied methodological praxis. In *Qualitative Inquiry*, 7(6), 706-732.
 - 37- TAYLOR, S.J et BOGDAN, R. (1984). *Introduction to qualitative research methods: The search for*

- meaning. New York, NY: John Wiley et Sons.
- 38- VAN MANEEN, J. (1988). *Tales of the field: on writing ethnography*. Chicago, IL: University of Chicago press.
 - 39- VERMERSCH, P. (2006). *L'entretien d'explicitation (5e éd.)*. Issy-les- Moulineaux : esf éditeur.
 - 40- PARISEAU Pierre - Legault, *DE LA CLINIQUE E LA RECHERCHE : L'AUTO-ETHNOGRAPHIE COMME OUTIL D'ANALYSE DES TRANSITIONS IDENTITAIRES DU CHERCHEUR EN SCIENCES INFIRMIERES*, 2018/4 N° 135, ISSN 0297-2964.
 - 41- ROULEAU Joëlle, *BRICOLAGE METHODOLOGIQUE : AUTOETHNOGRAPHIE ET RECHERCHE-CREATION*, Université Montréal, *COMMposite* 19 (1), 2016.
 - 42- POIRIER Alexis-Saumure, *Autoethnographie queer de l'expérience d'intervention avec le GRIS-Montréal*, *Etudes Francophones*, Vol 33, Automne 2020 « Hors-série : Multitudes queer », © University of Louisiana at Lafayette ISSN 1093-9334.
 - 43- PAQUIN Louis- Claude, *Méthodologie de la recherche création, ethnographie autoethnographie*, Ecole des médias, Faculté de communication UQAM.
 - 44- FLAMME Kevin, *Approche méthodologique de l'enquête autoethnographique dans l'étude des organisations*, <http://www.revue-interrogations.org>, consulté le 17 décembre 2021.
 - 45- RONDEAU Karine, M.A. Université de Sherbrooke, *L'autoethnographie : une quête de sens réflexive et conscientisée au cœur de la construction identitaire*, in. *RECHERCHE QUALITATIVES – Vol 30(2). DEVELOPPEMENTS, APPORTS ET OUTILS DE LA RECHERCHE QUALITATIVE*, © 2011 Association pour la recherche qualitative.