

## La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication

### *Qualitative Research: Another Type of Action and Communication*

Borgès Da Silva G (\*)

#### Résumé

Il existe un hiatus entre le niveau de connaissance des producteurs et consommateurs de soins et leurs comportements. Nos méthodes d'analyse habituelles (analyse statistique, épidémiologie, sciences expérimentales) sont capables de quantifier ce constat. Elles sont peu en mesure de l'expliquer. Pourtant la connaissance de la cause autoriserait l'action spécifique.

Les méthodes d'analyse de « la recherche qualitative » (*qualitative research*), issues des sciences humaines, ont accru la capacité des chercheurs à appréhender la complexité des comportements des acteurs du système de santé.

Les actions de prévention, les processus d'élaboration et d'action fondés sur l'avis de groupes d'experts comme en mènent les agences régionales de l'hospitalisation et les unions régionales des caisses d'assurance maladie correspondent souvent aux approches de la recherche qualitative. Cette partie importante de l'activité des professionnels de l'analyse de la pratique et de l'organisation des soins n'apparaît pas dans les revues scientifiques.

Les approches qualitatives ne sont pas considérées comme répondant aux normes académiques de la communication. Les approches quantitatives sont plus facilement proposées pour publication, même si elles sont plus réductrices dans leur mode d'expression chiffrée du réel. L'approche qualitative a pu cacher un manque de rigueur dans les méthodes d'investigation. Ceci explique les réticences dont elle a fait l'objet auprès des revues scientifiques. Pourtant, inscrits dans un schéma reproductible, leurs processus et leurs résultats pourraient être échangés, discutés, publiés par les acteurs de santé.

Nous proposons des critères qualité à retenir pour la présentation des articles d'analyse qualitative de la pratique et de l'organisation des soins, soumis aux revues scientifiques.

**Rev Med Ass Maladie 2001;32,2:117-21**

*Mots clés* : recherche qualitative ; évaluation des pratiques ; organisation des soins ; rédaction scientifique ; publication médicale ; sciences humaines.

#### Summary

There is a gap between the level of knowledge of health-care providers and consumers and their respective behavior. Our normal analytic methods (statistical analysis, epidemiology, experimental science) can quantify this fact but remain unable to explain it. However, an understanding of the cause would allow specific corrective action to be taken.

Qualitative research methods, originally born in the human sciences, have increased the ability of researchers for understanding the complex behavior of the different health-care players.

Prevention programs and other behavior-modifying initiatives based on qualified expert opinion, similar to those emanating from Regional Health Agencies (ARH) and Health-care Office Regional Unions (URCAM), often use qualitative research methods. However, this important part of the work of health-care professionals who analyse the organisation and delivery of health-care is only infrequently published in scientific journals. This is probably due to the fact that qualitative studies do not appear to follow the normal academic standards for communication. Quantitative studies are more commonly accepted for publication even though they may overly simplify problems by trying to express reality in numbers. A qualitative presentation can more easily hide shoddy study methodology and this fact may explain why scientific journals hesitate to publish them. Nevertheless, when they utilise reproducible study designs, their procedures and results could be exchanged, discussed and published by health-care players.

In this article, we suggest the quality criteria to consider for accepting articles which qualitatively analyse the organisation and delivery of health-care for publication in scientific journals.

**Rev Med Ass Maladie 2001;32,2:117-21**

*Key words*: qualitative research; evaluation; health-care organisation; scientific writing; medical publishing; human sciences.

(\*) Médecin-conseil, Echelon local du service médical du Var (CNAMTS).

Adresse pour correspondance : Dr Georges Borgès Da Silva, Echelon local du service médical du Var (CNAMTS), 42, rue Emile-Ollivier, B.P. 1405, F-83056 Toulon cedex, e-mail : georges.borges-da-silva@elsm-toulon.cnamts.fr

## I. UN NOUVEAU MODE D'ANALYSE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Malgré l'évidence de leurs fondements, les données acquises de la science ont peu d'impact sur la pratique clinique. De même, bien qu'assimilés, les conseils d'hygiène de vie ne sont pas systématiquement suivis. Quelles que soient l'efficacité et l'innocuité d'un traitement, la compliance du patient n'est jamais assurée.

Ces constats traduisent le hiatus existant entre le niveau de connaissance des producteurs et consommateurs de soins et leur comportement.

Nos méthodes d'analyse habituelles (analyse statistique, épidémiologie, sciences expérimentales) sont capables de quantifier ce constat. Elles sont peu en mesure de l'expliquer. Pourtant la connaissance de la cause autoriserait l'action spécifique.

A côté des méthodes d'analyse quantitative, les méthodes d'analyse qualitative, issues des sciences humaines, ont accru la capacité des chercheurs à appréhender la complexité des comportements des acteurs du système de santé.

L'étude quantitative de la compliance à un traitement va nous fournir la répartition des caractéristiques démographiques des patients classés selon une certaine proportion d'adhésion au traitement pendant une période donnée.

Le même sujet exploré par la recherche qualitative expliquera la variation dans l'adhésion au traitement en fonction de la vie des patients [1].

Ainsi, une étude a montré que certains asthmatiques ne prennent pas leur traitement prophylactique car ils perçoivent leur affection comme une pathologie aiguë momentanée [2]. La prise quotidienne d'une médication est considérée comme une acceptation de l'étiquette stigmatisante d'« asthmatique ». La tolérance de l'environnement professionnel peut être un facteur limitant les prises de médicaments [3]. Une autre étude a montré que les épileptiques « s'évaluaient » souvent en interrompant leur traitement. Il est important, pour eux, de vérifier si leur affection n'a pas disparu [4].

Les actions de prévention de l'Assurance maladie, les processus d'élaboration et d'action fondés sur l'avis de groupes d'experts comme en mènent les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) correspondent souvent aux approches de la recherche qualitative. Ces travaux sont peu théorisés et peu communiqués car ils ne correspondent pas aux modèles habituellement publiés. Cette partie importante de l'activité des professionnels de l'analyse de la pratique et de l'organisation des soins apparaît peu dans les revues scientifiques. Elles ne bénéficient donc pas du label de qualité lié aux contrôles de validité, fiabilité et

reproductibilité des lecteurs référents (*referees*) auxquels sont soumises les publications.

Pourtant, inscrits dans un schéma reproductible, leurs processus et leurs résultats pourraient être échangés, discutés, publiés par les acteurs de santé. Une codification et une standardisation de ces processus d'investigation et d'intervention sur le système de santé pourraient leur permettre d'être valorisées par la communication scientifique.

Nous allons exposer les principes et les méthodes de ce qu'il est convenu d'appeler « la recherche qualitative » (*qualitative research*). Nous ferons ensuite des propositions sur les critères qualité à retenir pour la présentation des articles d'analyse qualitative de la pratique et de l'organisation des soins, soumis aux revues scientifiques.

## II. LES PRINCIPES DE LA RECHERCHE QUALITATIVE

Le but de la recherche qualitative est d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel. Elle essaye de définir un critère et d'en connaître les variations en fonction de différentes circonstances. Par exemple : comment se fait l'appropriation d'une pratique clinique par les professionnels de santé et comment cette appropriation varie en fonction du contexte. Elle ne cherche pas à savoir combien de professionnels se sont appropriés cette pratique. Cette dernière question est importante et complémentaire, mais elle reste du domaine de l'approche quantitative.

Les approches qualitatives et quantitatives ne sont pas en concurrence. Elles répondent à des problématiques différentes. L'approche quantitative vérifie une hypothèse à travers un décompte forcément réducteur (positivisme). L'approche qualitative recherche une hypothèse ou aboutit à une classification qui pourra ensuite être explorée par l'approche quantitative (constructivisme).

Cette approche qualitative s'inscrit dans une vision holistique, globale, du contexte étudié.

L'approche quantitative cherche à corroborer une hypothèse à travers une série de mesures, souvent dans un contexte expérimental. Les données servent alors à déduire une conclusion sur la vérification éventuelle de l'hypothèse. Le chercheur met à l'épreuve une hypothèse par un raisonnement déductif. Sa méthode vise à conférer aux résultats un certain niveau de fiabilité et de reproductibilité.

L'approche qualitative recueille des données dans le milieu naturel (entretiens individuels ou en groupes, étude d'observations ou de documents, etc.). Ces données induisent une hypothèse. Le chercheur va donc de l'observation à l'hypothèse par une démarche inductive, interprétative. Sa

méthode confère aux résultats la validité liée à la rigueur de sa méthode [5].

La formulation de l'hypothèse de travail ne se précise qu'au fur et à mesure de la prise des données. Ceci conduit à modifier l'orientation de la méthode, et éventuellement les modalités de constitution de l'échantillon, en cours d'étude. Le chercheur fait donc des aller-retour entre les différentes étapes de la conception de l'étude, au recueil de données et à l'analyse [6].

L'approche qualitative diffère ainsi de l'approche quantitative où le protocole d'étude est défini en début d'étude et les données ne sont exploitées qu'à la fin du recueil.

Cette approche qualitative a été particulièrement utilisée en Grande-Bretagne [6] dans les études portant sur l'organisation des soins, les comportements des professionnels de santé, les interactions entre les soignants et les patients.

### III. LES MÉTHODES DE LA RECHERCHE QUALITATIVE

Selon Britten et Fisher « *il y a un peu de vérité dans la boutade comme quoi les méthodes quantitatives sont fiables mais non valables et les méthodes qualitatives sont valables mais non fiables* » [7].

La recherche qualitative observe les interactions sociales et interprète les perspectives individuelles. Elle explicite les motivations et étudie ce qui peut les amener à modifier les comportements.

Voici quelques exemples de techniques utilisées pour la recherche qualitative (5) [8] :

- étude de documents – Analyse de comptes rendus divers (réunions, etc.) ;
- observation non participante – Observation structurée des comportements et des conversations en milieu naturel ;
- observation participante – Observation où le chercheur joue également un rôle actif, au-delà de sa fonction d'observateur ;
- entretien approfondi – Conversation face à face visant à recueillir des informations détaillées sur certains thèmes qui doivent être définis à l'avance, contrairement aux questions posées ;
- entretien de groupe ou *focus groups* – Méthode qui fait appel aux interactions de groupe pour produire des données ;
- entretien en groupe nominal – Cette méthode permet le recueil d'information par l'expression verbale et écrite. L'animateur centralise les expressions qui restent individuelles ;
- entretiens directifs ou semi-directifs.

La validité des résultats est accrue par la standardisation des questionnaires et par la triangulation. La triangulation consiste à valider ses résultats par la

recherche de leur convergence en variant les techniques de recueils de données.

Dans ce mode d'enquête, le chercheur est lui-même un instrument de recherche. Les entretiens exigent une certaine habileté. Les enregistrements sur bandes magnétiques permettent de mieux contrôler l'observateur et l'interprétation des données.

Le mode de constitution de l'échantillon est fonction des objectifs de la recherche. La représentativité statistique n'est habituellement pas recherchée. Cependant, l'utilisation d'échantillons stratifiés peut être adaptée aux buts de l'étude.

L'objectif n'est pas d'avoir une représentation moyenne de la population mais d'obtenir un échantillon de personnes qui ont un vécu (éventuellement de la manière la plus aiguë), une caractéristique ou une expérience particulière à analyser. L'objectif est de constituer un échantillon permettant la compréhension de processus sociaux. L'échantillon est destiné à inclure autant que possible les individus porteurs des critères pouvant affecter la variabilité des comportements. Comme dans toute étude, les échantillons « de convenance » sont à éviter.

Dans les études quantitatives, la taille de l'échantillon doit être définie par un calcul parfois complexe. Dans les études qualitatives, la taille de l'échantillon est fonction de la durée de l'interview et de la faisabilité. Les grandes études ne portent pas sur plus de 50 à 60 personnes [9].

L'analyse des données est basée sur un principe essentiel : un autre chercheur devrait pouvoir analyser les mêmes données de la même manière et arriver aux mêmes conclusions. C'est pour permettre cette reproductibilité que les méthodes doivent être suffisamment explicitées dans les rapports d'études.

Les données sont classées par catégories appropriées pour en faciliter l'interprétation. L'utilisation de la fonction copier-coller des traitements de texte permet un classement aisé.

Des logiciels sont conçus pour l'analyse qualitative des données et permettent une organisation complexe tout en gardant un lien avec les données brutes.

Les étapes de l'analyse des données peuvent être différentes, d'une étude à l'autre. C. Pope *et al.* citent les étapes suivantes [6] :

- familiarisation avec les données ;
- identification des structures thématiques ;
- indexation des passages de texte par rapport à la structure thématique ;
- esquisse par réarrangement des données en fonction de la structure thématique ;
- interprétation en définissant des concepts, en créant des typologies et des associations.

#### IV. LA RÉDACTION D'ARTICLES DE RECHERCHE QUALITATIVE

Ces critères de qualité rédactionnelle sont issus des travaux de T. Greenhalgh et R. Taylor [5], N. Mays, C. Pope et S. Ziebland [10, 11, 12], M. Rowan et P. Huston [13].

La qualité rédactionnelle peut être acquise si les travaux ont été menés avec une méthode rigoureuse. La reproductibilité du protocole et de ses résultats est fondamentale : la même méthode, utilisée par un autre expérimentateur, devrait donner les mêmes résultats. L'interprétation de ces résultats devrait être identique, quel que soit l'expérimentateur.

##### 1. Critères généraux

L'auteur doit tenir compte des instructions générales aux auteurs établies par la revue à laquelle il soumet son article.

Il est admis que les articles de recherche qualitative soient un peu plus longs (une ou deux pages de plus) que les études originales. Ceci parce qu'ils contiennent des citations directes d'entretiens.

##### 2. Le résumé structuré

L'objectif de l'étude est résumé en une phrase. Il est souhaitable d'informer le lecteur qu'il s'agit d'une recherche qualitative employant telle ou telle technique. Le contexte de l'étude est à préciser. L'effectif de l'échantillon et son mode de constitution sont indiqués. La conclusion présente les apports majeurs de l'étude.

##### 3. L'introduction

L'objectif de recherche est clairement formulé. L'auteur précise son importance et le contexte dans lequel se déroule l'étude. Il fait le point sur les connaissances acquises sur cette question en citant les références documentaires les plus importantes.

Si l'étude fait appel à des sujets humains (entretiens individuels notamment), il est nécessaire de se positionner sur le consentement éclairé, en citant des références.

##### 4. Les méthodes

Le choix de l'approche qualitative doit être justifié par l'objectif de la recherche (explorer, faire le point sur un processus, interpréter, comprendre un phénomène clinique, élaborer une hypothèse, etc.).

*La démarche d'enquête* doit être appropriée à l'objectif de la recherche. Selon le sujet traité, la discrétion nécessaire peut faire adopter l'entrevue personnelle plutôt qu'une technique de groupe.

*Le contexte de la recherche* est décrit en détaillant le milieu naturel où elle se déroule. Le lecteur peut ainsi juger du caractère approprié du cadre.

*L'implication du chercheur* est précisée. Elle peut aller d'une complète participation à une totale observation. Ce niveau d'implication intervient dans sa compréhension des activités des répondants et dans son appréciation de la dynamique interne et externe du groupe. Le contrôle des biais introduits par la présence du chercheur est illusoire. Il serait vain de nier leur réalité. Tout doit être mis en œuvre pour en limiter les effets. La description de la démarche permet au lecteur d'en tenir compte dans l'analyse des données.

*La méthode d'échantillonnage* est décrite en montrant la pertinence du choix par rapport aux données recherchées. Les critères d'inclusions et d'exclusions sont définis en relation avec la question de recherche. Il est admis que ces critères puissent changer en cours d'étude, en fonction de l'interprétation des données pendant le déroulement de l'étude. Il est nécessaire de préciser le critère utilisé pour définir la taille de l'échantillon. La redondance de l'information dans le recueil, en cours d'enquête, peut être un motif d'arrêt du recrutement de la population étudiée.

A l'inverse, il peut être nécessaire d'étendre l'échantillon pour chercher à obtenir des données venant modifier ou contredire l'analyse. Un recrutement dans un secteur différent peut être utile.

*Les méthodes de collecte de l'information* doivent être rigoureuses. Elles devront être précisées : interviews structurées ou ouvertes, recueil de fichiers ou de documents, film, compte rendu de réunions, etc.

La présence de leaders d'opinion, dans un groupe, ou de membres influents de la famille est à prendre en compte dans la saisie des données.

*La méthode d'analyse* est à décrire précisément pour qu'elle puisse être reproductible.

Le chercheur doit indiquer comment il a évalué la pertinence et la rigueur des résultats. La fiabilité peut par exemple être garantie par des comptes rendus intégraux. La crédibilité et la transférabilité sont montrées par la triangulation (méthode de collectes multiples dont les résultats sont convergents) et par la capacité de l'observateur à éliminer sa subjectivité. La vérification des résultats par les participants est une méthode recommandée (validation réactive).

La validité de l'étude est évidemment meilleure si les mêmes données sont analysées par plusieurs chercheurs.

L'explication des cas aberrants ou atypiques améliore la qualité de l'étude.

##### 5. Les résultats

Le résultat de la méthode d'échantillonnage est précisé avec l'effectif et une description succincte des participants.

Les points de vue des participants sont présentés, souvent à l'aide de citations *in extenso*.

L'anonymat doit être garanti.

Il est nécessaire de montrer comment les données recueillies ont été interprétées et analysées. Une présentation des données sous forme de tableau peut se révéler pratique.

Les résultats des contrôles de validité, fiabilité et transférabilité peuvent être fournis.

Il faut s'assurer que l'interprétation des résultats est conforme au bon sens et que les préjugés personnels ou culturels n'ont pas d'incidence.

Contrairement aux articles de recherche quantitative, les résultats et l'interprétation des données peuvent être confondus. Il est éventuellement admis de regrouper les chapitres résultats et discussion. Dans ce cas il doit être possible de distinguer les données, la structure analytique employée et l'interprétation.

## 6. La discussion

Les principaux résultats sont résumés en lien avec l'objectif de la recherche. Leur importance pratique et leurs conséquences sont montrées

L'auteur fait ensuite une critique méthodologique en indiquant les forces et les faiblesses de son étude.

Les conclusions d'une étude qualitative sont d'autant plus assurées de leur validité que :

- l'analyse permet de comprendre pourquoi les sujets se comportent comme ils le font ;
- l'explication proposée paraît satisfaisante à une personne réfléchie participant à l'étude ;
- cette explication est en cohérence relative avec les connaissances antérieures.

## V. CONCLUSION

Les professionnels de l'analyse de la pratique et de l'organisation des soins interviennent dans un système complexe où interagissent des facteurs biologiques, culturels et sociaux.

Leur approche du réel fait appel aux techniques d'analyses quantitatives et qualitatives.

Bien que réductrices dans leur mode d'expression, les approches quantitatives sont facilement proposées pour publication. Les approches qualitatives ne sont pas considérées comme répondant aux normes académiques de la communication.

L'approche qualitative a pu cacher un manque de rigueur dans les méthodes d'investigation. Ceci explique les réticences dont elle a fait l'objet auprès des revues scientifiques.

Actuellement, avec le développement du travail en équipes interdisciplinaires, un mouvement d'ouverture en sa faveur se dessine dans les milieux de la publication scientifique.

Une standardisation des méthodes et une codification de l'expression des résultats seront nécessaires pour lui permettre de participer à l'échange d'expérience et de compétence induit par la communication scientifique.

## RÉFÉRENCES

1. Jones R. Why do qualitative research ? *BMJ* 1995;311:2.
2. Adams S, Pill R, Jones A. Medication, chronic illness and identity: the perspective of people with asthma. *Soc Sci Med* 1997;45:189-201.
3. Green J, Britten N. Qualitative research and evidence based medicine. *BMJ* 1998;316:1230-2.
4. Conrad P. The meaning of medications : another look at compliance. *Soc Sci Med* 1985;20:29-37.
5. Greenhalgh T, Taylor R. How to read a paper : papers that beyond numbers (qualitative research). *BMJ* 1997;315:740-3.
6. Pope C, Mays N. Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach : an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995;311:42-5.
7. Britten N, Fisher B. Qualitative research and general practice [editorial]. *Br J Gen Pract* 1993;43:270-1.
8. Raâfa A. Contribution d'une approche combinatoire dans l'analyse des besoins de formation dans deux régions sanitaires du Maroc. *Santé publique* 1999;4:437-51.
9. Britten N. Qualitative research: qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995;311:251-3.
10. Mays N, Pope C. Qualitative research : rigour and qualitative research. *BMJ* 1995;311:109-12.
11. Mays N, Pope C. Assaying quality in qualitative research. *BMJ* 2000;320:50-2.
12. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. *BMJ* 2000;320:114-6.
13. Rowan M, Huston P. Articles en recherche qualitative : information aux auteurs et aux pairs-examineurs. *CMAJ* 1997;157:1442-6.