

Introduction en méthodologie qualitative en recherche médicale

1- Généralités

Les méthodologies quantitatives ne peuvent répondre à toute une série de questions importantes pour la pratique médicale ; ce fait est rapporté depuis plusieurs décennies(1). C'est le cas *notamment* en médecine générale, lorsque l'environnement **socioculturel et/ ou familial** est influent, non seulement pour la démarche clinique (du diagnostic au traitement), mais aussi pour la qualité du lien thérapeutique entre le médecin et son patient dont dépend l'efficacité de la pratique(2)(3).

Ce qui suit n'est qu'une approche sommaire concernant cette méthodologie. Les références apportées ici, pourront quelque peu approfondir le sujet.

2- Pourquoi certaines observations ne sont pas quantifiables

Karl Popper dans « *Un univers de Propension* »(4), nous aide à théoriser ce fait en partant de l'observation du lancer d'un dé pipé par un bout de plomb. Certes, la probabilité d'avoir chacune des 6 faces apparaître, existe toujours et l'on parlera alors de probabilités *pondérées*. Ces dernières peuvent être estimées statistiquement en répétant le lancer de ce dé, un nombre de fois suffisamment grand. Mais il y a une condition ; chaque lancer doit être exactement identique. En effet, hormis le bout de plomb, d'innombrables autres facteurs interviennent : la force du lancer, la hauteur de départ, le mouvement l'accompagnant, la surface de réception horizontale ou non, plane ou non, sa texture dure, lisse, irrégulière ou non, les conditions extérieures, de vent, d'humidité, de chaleur, etc. ***Et qu'en est-il si les conditions de lancer changent constamment et aléatoirement ?*** Alors conclut **Popper**, on ne peut plus procéder à des statistiques car ces dernières nécessitent une stabilité des ***conditions pertinentes de l'expérience***.

Transposé en science médicale, quelle conclusion en tirer ?

Chaque fois qu'il est possible d'expérimenter dans des conditions stables, de telle sorte que l'on peut sommer des résultats exprimés quantitativement, les statistiques nous révéleront des résultats « **fiables** ». Cela signifie que lorsque la même expérience est faite dans les mêmes conditions précisément, nous obtiendrons les mêmes résultats. Les RCT en sont le meilleur exemple (même substances et placebo, même dosages, même type de patients avec les mêmes critères d'inclusion, d'exclusion, etc.).

Le problème, en pratique clinique est celui-ci : les patients ne sont pas identiques entre eux et évoluent jours après jours (voire d'heure en heure), leurs pathologies sont multiples et changeantes dans le temps, en intensité et même d'un point de vue diagnostique et thérapeutique. Les réactions aux traitements, leur observance plus ou moins imparfaite, les facteurs environnementaux, les comportements à risque ou non, sont à chaque fois uniques et également variables d'un moment à l'autre. Ainsi les observations « ***in vivo*** », ne sont pas « sommables » et les statistiques impossibles ; par contre, en les interprétant de façon consensuelle et logique, il est possible d'en tirer des connaissances applicables directement sur le terrain. Ces connaissances ne seront pas « fiables » donc **non généralisables**; le même travail réalisé ailleurs et à un autre moment, donnera des résultats sensiblement différents. Par contre ces acquis seront « **valides** » car détaillés, autrement dit, ces connaissances seront totalement fidèles à la réalité du terrain dont elles sont issues et où précisément, elles seront **directement** utilisables.

Opposer l'une à l'autre la méthodologie qualitative et quantitative, n'a pas de sens ; chacune est indispensable et ne peut être remplacée par l'autre.

3- Champ d'application de la méthodologie qualitative en médecine

Cette méthodologie permet d'étudier ce qui émerge de l'intersection entre les connaissances issues de la littérature (basée sur la recherche clinique), avec celles provenant de l'expérience du médecin et celles en lien avec le vécu du patient et ainsi d'explorer la médecine factuelle selon Sackett et al(5). Ce «**vécu**» est une source d'observations **non quantifiables** mais qui peuvent être analysées et «**interprétées**» de manière validée(6)(7)(8).

Concrètement ce type de design est adapté pour répondre à des **questions ouvertes** :

- Comment améliorer les pratiques dans les domaines de la santé et des soins. Exemple : appliquer les guidelines de manière optimale dans des situations complexes.
- Etablir des recommandations en absence de littérature (Consensus par Delphi ou Groupe nominal)
- Comprendre les aspects relationnels entre soignant et patient et qui impacte sur la pratique.
- Etudier ce que l'on observe d'un point de vue sociologique et culturel tels les comportements, styles de vie, problèmes de santé
- Etudier des thèmes jusque là non explorés ; faire émerger des hypothèses (et quantifier plus tard)
- Pour mieux comprendre les résultats d'études quantitatives

4- Designs qualitatifs

Comme pour les études quantitatives, il existe un éventail de designs qualitatifs(9). Tout peut être analysé de cette façon : vidéos, enregistrements sons, observations, documents, rapports, dossiers de patients. L'étude de cas (**case report**), ou la série de cas (**cases series**), classiquement répertoriées dans des études de type épidémiologique, seraient plus justement reconnues comme faisant partie des designs qualitatifs. Les recherches action, font aussi partie de cette famille d'études. Deux méthodes de recueil de données reviennent régulièrement : **l'entretien semi structuré et le focus group (FG)**. Leurs avantages respectifs sont listés ci-dessous.

FG ou entretiens individuelles ?	
Focus groups	Entretiens individuelles
<ul style="list-style-type: none">• Dynamique de groupe (à gérer) 6 à 8 personnes• Plusieurs avis en même temps• Milieu expérimental et neutre• Moins de déplacements pour les chercheurs• Deux chercheurs• Plus difficile à organiser (demande de la disponibilité des participants)• Durée: 90 minutes• Saturation d'idées: 3 à 6	<ul style="list-style-type: none">• Plus de profondeur, sujets délicats• Plus facile d'exprimer son avis• Peut se faire dans le milieu naturel• Déplacement du chercheur pour chaque entretien• Un chercheur• Plus facile à organiser (adaptation plus facile aux besoins des participants)• Durée: 30 minutes• Saturation d'idées: 15 à 20

Seminaire de thèse 2011, P.Touboul DSP 8

Dans les deux cas, on utilise **un guide (ou grille) d'entretien** répertoriant les thèmes à aborder.

La technique d'interrogatoire ou d'animation sera souvent **semi directive** : au départ d'une question ouverte (idéalement toujours la même), on laisse s'exprimer le(s) participant(s) en maintenant le cap sur le sujet de recherche et en étant attentif à ce que tous les thèmes prévus soient abordés. **Des idées imprévues, des thèmes nouveaux** apparaîtront ; elles seront ajoutées à la grille d'entretien pour l'interview ou focus group suivant.

Si le chercheur principal peut lui-même procéder aux entretiens individuels, il est préféré que ce soit un animateur (et non le chercheur principal) qui anime les FGs.

On enregistre et on transcrit intégralement ce qui est exprimé (verbatim). Les textes qui en découlent représentent les **données** qui feront l'objet de l'analyse.

Si l'**interview individuelle**(7) permet de rechercher une réalité très détaillée, le **FG**(10)(11) a l'avantage de l'interaction entre individus avec émergence de plus d'idées neuves. Un exemple : comprendre certains obstacles dans une situation clinique complexe et leur trouver des solutions potentielles que l'on pourra évaluer par la suite. Ces deux formes de recueil de données s'associent régulièrement.

Deux notions méthodologiques particulières

- **L'échantillonnage raisonné**(10)(12) est l'inverse d'un recrutement aléatoire nécessaire en cas d'études quantitatives. Ce qui importe ici c'est le choix réfléchi d'un groupe représentatif de la population cible. Ce faisant, on augmente les chances de récolter l'ensemble des *vécus et expériences*, le plus complet possible et d'obtenir la **saturation** des idées
- La saturation(10) est atteinte, lorsqu'aucune idée nouvelle n'apparaît au moment du recueil des données. La saturation est dite « **interne** » lorsque celle-ci est obtenue au sein de l'interview ou FG (en moyenne respectivement après 30 et 80 minutes). La saturation est qualifiée « **externe** » lorsque l'interview ou FG n+1, n'apporte aucun élément nouveau par rapport à n : en moyenne 3 à 6 pour les FGs et 15 à 20 pour les entretiens. Interne et externe, la saturation sera toujours l'objectif à atteindre. Cependant, un seul FG ou trois entretiens sur un sujet donné et avec participants représentatifs, apporteront déjà la majorité des données.

5- Analyse des données issues des entretiens et FG

L'analyse des données en qualitatif, quel que soit le design, est basée sur le codage (*coding*). Plusieurs abordages sont possibles, cependant Aubin, Letrillart et al résument bien l'essentiel de la démarche intellectuelle : « *À la lecture des retranscriptions, le texte est codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux. Ce travail nécessite de lire et de relire les données pour identifier les thèmes et catégories sous-tendus par des phrases ou des comportements. Des concepts sont définis, une cartographie des différents registres est dressée et des associations sont recherchées. Une théorie explicative peut alors être envisagée puis construite à partir des données* »(7)

Ce codage peut être « manuel » ou assisté par des logiciels adaptés. Ces derniers seront surtout utiles dans les cas où le matériel à analyser est imposant, et par exemple, lorsque la population cible est hétérogène avec nécessité d'un recueil important de données.

Signification des résultats chiffrés en qualitatif

- Il est parfois intéressant **d'objectiver l'hierarchie de ce qui est exprimé** par la population étudiée. Avec ou sans l'aide d'un tableur et d'autant plus aisément avec un logiciel adapté à l'analyse qualitative, on met en évidence combien de fois chaque thème, sous thème ou leurs associations (organisés grâce au codage) apparaissent dans les transcriptions. Ces statistiques descriptives, **ne sont pas une fin en soi, mais un outil d'analyse** ; on parle parfois **d'études qualitatives semi quantitatives**. Si ces chiffres n'ont aucune valeur épidémiologique, ils peuvent notamment générer des hypothèses. Ainsi une étude en FG finalisée en 2006 avait montré qu'une majorité des généralistes participants, observaient dans le décours des séparations parentales (SP), des conséquences pour la santé des enfants y compris somatiques. Ainsi émergea l'hypothèse que la SP pouvait être un facteur de risque indépendant pour le développement de l'enfant. Les premiers travaux transversaux, ont par la suite renforcé cette hypothèse(13).
- En profitant du fait que l'entretien ou le FG commence toujours par la même question ouverte, on peut également quantifier ce qui est le plus souvent exprimé en premier ou très rapidement ; cela peut donner une idée du « **poids** » des items concernés dans le chef des participants.

- Malgré cette hiérarchie chiffrée de ce qui est exprimé, **tout ce qui est « dit » même une seule fois, présente de l'intérêt**. Dans le qualitatif, ce qui importe, c'est de rassembler toutes les possibilités, même les plus rares (saturation externe).

6- Structure globale d'une recherche qualitative : similaire aux autres types de travaux

Si ce type de méthodologie peut paraître singulier par rapport aux études quantitatives, l'approche globale dans les deux cas sera similaire et par exemple:

Hypothèse suite à des observations de terrain ou liée à des travaux antérieurs → Recherche bibliographique → Préciser la question de recherche → Recherche bibliographique → Question de recherche définitive → Choix du Design → finaliser le recueil des données → Analyse des données (Résultats) → Discussion des résultats en fonction des points forts et limites de l'étude et de la littérature → Conclusions → Emergence de travaux ultérieurs.

A noter : En soins primaires, la tendance actuelle est de répondre à une question de recherche à l'aide de plusieurs méthodologies

7- Caractéristiques d'un article ou manuscrit qualitatif

Ici aussi globalement la structure sera la même que pour d'autres méthodologies (Introduction/Contexte-Objectif-Méthodologie-Résultats-Discussion-Conclusions). Cependant, pointons quelques particularités :

- Dans le chapitre « objectifs » : les questions de recherche seront généralement plus *floues*, car plus larges. Ce seront des questions ouvertes (voir paragraphe 3)
- Dans le chapitre « Résultats » : 1) on décrit sommairement les caractéristiques des participants (avec ou sans chiffres) 2) pour chaque résultats ce seront les **citations (quote)** qui remplaceront les tableaux statistiques. Ces citations seront indexées de telle manière que le lecteur peut les retrouver dans les transcriptions originales (rendues anonymes en annexe d'un rapport/TFE ou que l'on peut obtenir (rendues anonymes) auprès de l'auteur en cas de publication)
- Généralement les rapports/TFE/articles qualitatifs **sont plus longs** et ce pour au moins deux raisons : les résultats sont plus nombreux et sont exprimés en phrases (et non en chiffres).

8- Evaluation des travaux qualitatifs

En effet la lecture critique d'études qualitatives publiées, est également cadrée de manière reconnue. Ci-dessous une des grilles de référence particulièrement adaptée aux TFE qualitatifs(14)

	OUI	+/-	NON
<p><i>L'introduction</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances. - La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative 			
<p><i>Les méthodes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits - La méthode est appropriée à la question de recherche - La sélection des participants est justifiée - Le processus de recueil des informations est clair et pertinent -L'analyse des données est crédible 			
<p><i>Les résultats</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les principaux résultats sont présentés de façon claire - Les citations favorisent la compréhension des résultats. 			
<p><i>La discussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices - Les limites de l'étude sont présentées 			
<p><i>La conclusion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées 			

Bibliographie

- ¹ McWhinney, I.R., Family Medicine in Perspectives. New England Journal of Medicine 293, 1975, pp. 76-181
- ² Helman. C.G., The Role Context in Primary Care. Journal of the Royal College of General Practitioners 34, 1984, pp. 547-550
- ³ Turgeon J, Tremblay M A. L'approche qualitative et la construction du sens en médecine familiale. 1991. Les classiques des sciences sociales
- ⁴ K .Popper. Un univers de propension-deux études sur la causalité de l'évolution. Edition l'Eclat. Collection Tiré à part 1992. Traduction Alain Boyer (titre original : A world of propensities. 1990). Pages 30-34
- ⁵ Sackett DL et Al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71-2
- ⁶ Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. exercer 2009;87:74-9
- ⁷ Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L . Groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-5
- ⁸ Burkett, G.L, Godkin M.A. Qualitative Research in Family Medicine. Journal of Family Practice 16, 1983, pp. 625-626.
- ⁹ Frappé P. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. GMSanté et CNGE. 2011. Vue d'ensemble des études qualitatives. P 43-45
- ¹⁰ Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. exercer 2009;87:74-9
- ¹¹ Krueger RA, Casey MA. Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research. 4th ed. London: SAGE publication; 2009. P. 7
- ¹² Poupart, Deslauriers, Groulx and col. La recherche qualitative- Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Gaëtan Morin éditeurs 1997. P 113
- ¹³ Kacenenbogen, N., Schetgen, M., & Dusart, A. F. (2013). The general practitioner and children of separated parents in Belgium: a qualitative study and its implications. *Journal of general practice*.
- ¹⁴ Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine Côté L, Turgeon J. Concepts et Innovations. Pédagogie médicale. 2002;3:81-90

A noter : il existe le **GROUpe** universitaire en recherche **Médicale** qualitative **Francophone** : GROUM-F

Au sein duquel plusieurs chercheurs du DMG-ULB sont membres fondateurs.

<http://www.groumf.fr/fr/>