



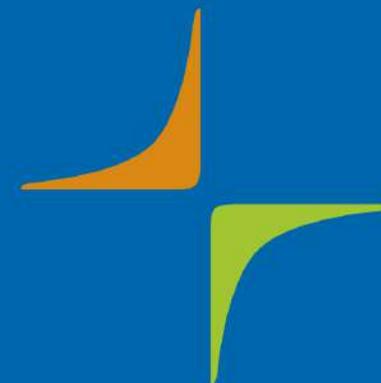
**HÔPITAL
INTERCOMMUNAL
CRÉTEIL**

Introduction aux recherches qualitatives en santé

Valérie Gateau

Philosophe / méthodologiste en recherche qualitative
Délégation à la Recherche en Santé et à l'Innovation (DRSI)





Expérience

Une philosophe « de terrain »



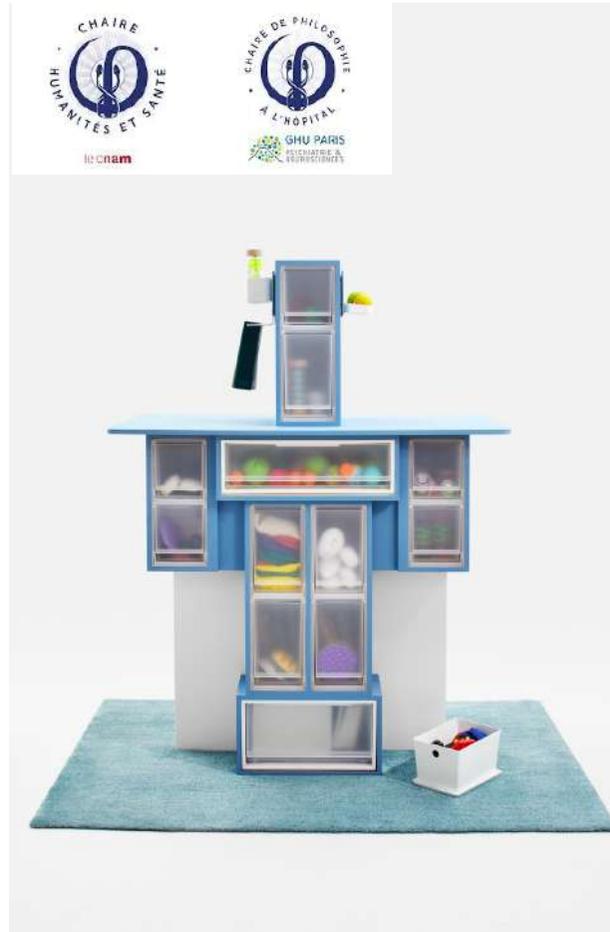
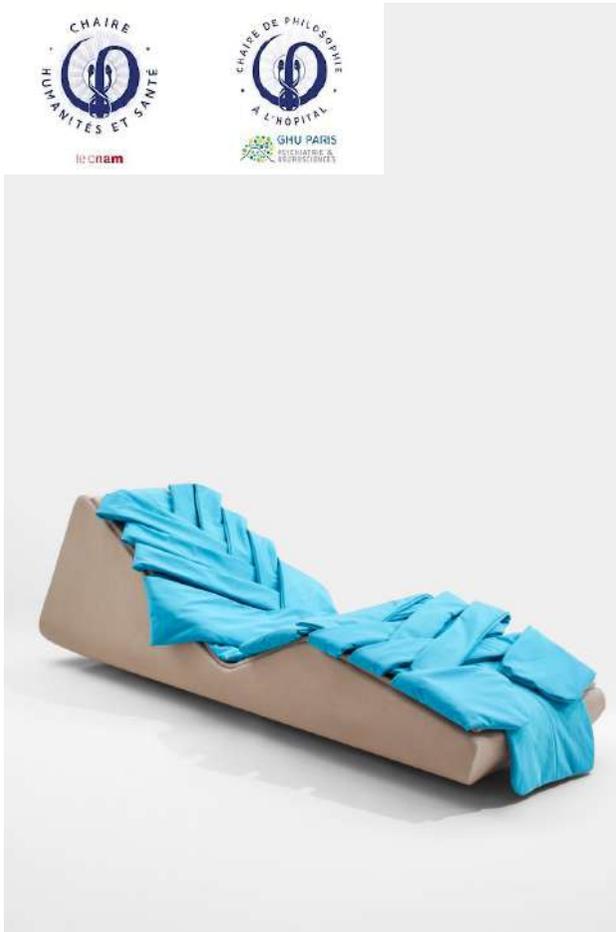
Méthodologiste en recherche qualitative au
CHI Créteil (DRSI)

Chercheuse associée à la Chaire de
philosophie à l'hôpital du GHU Paris
psychiatrie & Neurosciences

Doctorat en philosophie (Enjeux éthiques des
Transplantations Hépatiques avec Donneurs
Vivants Anne Fagot-Largeault – Olivier
Soubrane) / Licence en psychologie

Recherches à Cochin/ IGR / Curie / Debré /
Beaujon / Sainte-Anne.

Recherches qualitatives (CISUCO)



Vécu et évaluation qualitative de deux prototypes d'apaisement en psychiatrie

1. Introduction

La contention et l'isolement en psychiatrie prennent des formes diverses (contention mécanique, physique, chimique), qui limitent la liberté des personnes, la plupart du temps sans leur consentement, alors qu'aucune étude n'a fait la preuve d'un bénéfice thérapeutique de ces pratiques [1][2]. En ce sens, elles suscitent de nombreuses questions éthiques [3][4][5] et sont fréquemment remises en question. En France, depuis 2016, la loi dispose que la contention et l'isolement ne doivent être utilisés qu'en dernier recours et qu'ils dépendent d'une décision médicale et non plus d'une prescription [6][7]. En 2020, le Rapport de la Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté dédié aux soins sans consentement [8] constate l'augmentation et la banalisation des pratiques de contention et d'isolement, en lien notamment avec la diminution des moyens en psychiatrie et avec une augmentation des injonctions sécuritaires faites aux soignants [9]. Le rapport alerte sur les atteintes aux droits fondamentaux des personnes faisant l'objet de soins sous contrainte, et appelle à des mesures en vue d'un soin plus respectueux. L'enjeu est crucial pour les usagers et leurs proches qui sont nombreux à témoigner du caractère traumatisant des pratiques de contention et d'isolement [1][9][10]. Il l'est aussi pour les soignants chez qui elles génèrent une souffrance morale importante [11][6][12]. Dans ce contexte, la nécessité d'améliorer le soin des personnes qui font l'objet de mesures de contraintes en proposant des alternatives à la contention et à l'isolement est largement admise. C'est en ce sens que le décret du 22 septembre 2022¹ [13] impose à tout service de psychiatrie de mettre à disposition des patients un espace d'apaisement. Les associations et usagers plaident pour que des alternatives réelles à la contention soient proposées, en vue de son abandon [14], et à partir de leurs expériences [15]. La présente recherche visait ainsi à tester deux prototypes contenant² — produits à l'issue d'ateliers de co-construction entre patients, soignants, chercheurs et designers — pour enrichir les possibilités thérapeutiques en partant de l'expérience des usagers et des professionnels. Le bilan cette première phase expérimentale [17] était très positif, le projet suscitant une forte adhésion. C'est pourquoi il a été décidé d'évaluer les effets des prototypes par une recherche élaborée par la Chaire de philosophie à l'hôpital (Pr. Cynthia Fleury, Aziliz Leboucher) en collaboration avec le GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences (Dr. Alexandre Christodoulou), qui en était le promoteur. L'hypothèse principale de la recherche était que la mise à disposition des deux prototypes pourrait offrir une alternative d'apaisement en vue d'un moindre recours à la contention, tout en contribuant à l'autonomie des personnes en soin.

2. Méthodologie

2.1. Prototypes

Le fauteuil recouvrant (fig.1) était composé d'un fauteuil semi-allongé à bascule latérale, associé à une couverture lestée en bandes, permettant un enveloppement total ou partiel du corps. Il ne comportait aucune attache, pour que la personne puisse s'en dégager seule dès

¹ Le décret précise que le juge de libertés et de la détention doit être informé de ces mesures dans un délai de 6h pour la contention et de 12h pour l'isolement.

² Dans le soin psychique, la contenance réfère à un modèle dans lequel ce qui est thérapeutique — autant que la parole (et son effet de décharge cathartique) et autant que le dévoilement (qui permet l'analyse des motifs inconscients) — c'est que l'expérience psychique douloureuse, troublée ou agitée du patient soit reçue, entendue et contenue par le soignant [16].

Recherches mixtes (successives)

Enjeux éthiques, psychiques et socio-professionnels de la greffe hépatique : à l'intersection de la médecine de l'aigu et de la médecine du chronique

VALÉRIE GATEAU

ESPACE DE RECHERCHE ET D'INFORMATION SUR LA GREFFE HÉPATIQUE (CENTRE GEORGES-CANGUILHEM ET HÔPITAL BEAUJON),
POST-DOCTORANTE DU PROGRAMME INTERDISCIPLINAIRE
UNIVERSITÉ SORBONNE PARIS CITÉ « LA PERSONNE EN MÉDECINE »
UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT

CÉLINE LEFÈVE

MAÎTRESSE DE CONFÉRENCES EN PHILOSOPHIE, UMR SPHERE, DIRECTRICE DU CENTRE GEORGES-CANGUILHEM, UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT, RESPONSABLE DU PROGRAMME INTERDISCIPLINAIRE UNIVERSITÉ SORBONNE PARIS-CITÉ « LA PERSONNE EN MÉDECINE »,
DIRECTRICE DE LA CHAIRE COOPÉRATIVE « PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL »
(ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS/ÉCOLE NORMALE SUPÉRIEURE)

OLIVIER SOUBRANE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS- PRATICIEN HOSPITALIER, CHEF DU SERVICE DE CHIRURGIE HÉPATO-BILIO- PANCRÉATIQUE ET RESPONSABLE CHIRURGICAL DU PROGRAMME DE TRANSPLANTATION HÉPATIQUE DE L'HÔPITAL BEAUJON, HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS NORD VAL DE SEINE / UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT PARIS 7

La greffe d'organes est une thérapeutique clairement bénéfique aux patients : elle permet à de nombreuses personnes de vivre alors qu'elles étaient condamnées et à de nombreuses autres de retourner à une vie personnelle, familiale et professionnelle satisfaisante alors qu'elles étaient très limitées par leur maladie.

PM 13

Développement et validation d'un questionnaire en langue française spécifique mesurant la qualité de vie chez les patients porteurs de greffons hépatiques :

HepTransQoL

N. Godefroy^{a,b,*}, L. Missaoui^{a,b}, C. Lefève^c, F. Worms^e, O. Soubrane^{f,g}, F. Durand^{g,h}, V. Gateau^{c,d}, N. Gault^{a,b,g}

^a AP-HP, Département épidémiologie, biostatistiques et recherche clinique, Hôpital Beaujon, Paris, France

^b Inserm, CIC-EC 1425, Hôpital Bichat, Paris, France

^c Centre George Canguilhem, Espace de recherche et d'information sur la greffe hépatique, Hôpital Beaujon, Paris, France

^d École normale supérieure, Département de sciences sociales, Paris, France

^e École normale supérieure, Centre international d'étude de la philosophie française contemporaine, Paris, France

^f AP-HP, Service de chirurgie hépatobiliaire, Hôpital Beaujon, Paris, France

^g Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, Hôpital Beaujon, Paris, France

^h AP-HP, Service d'hépatologie, Hôpital Beaujon, Paris, France

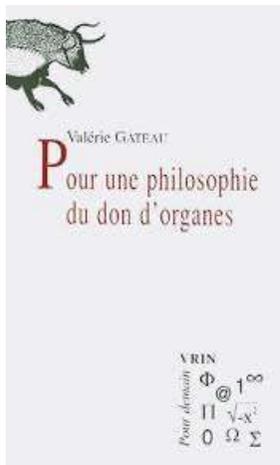
* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nagisa.godefroy@aphp.fr (N. Godefroy)

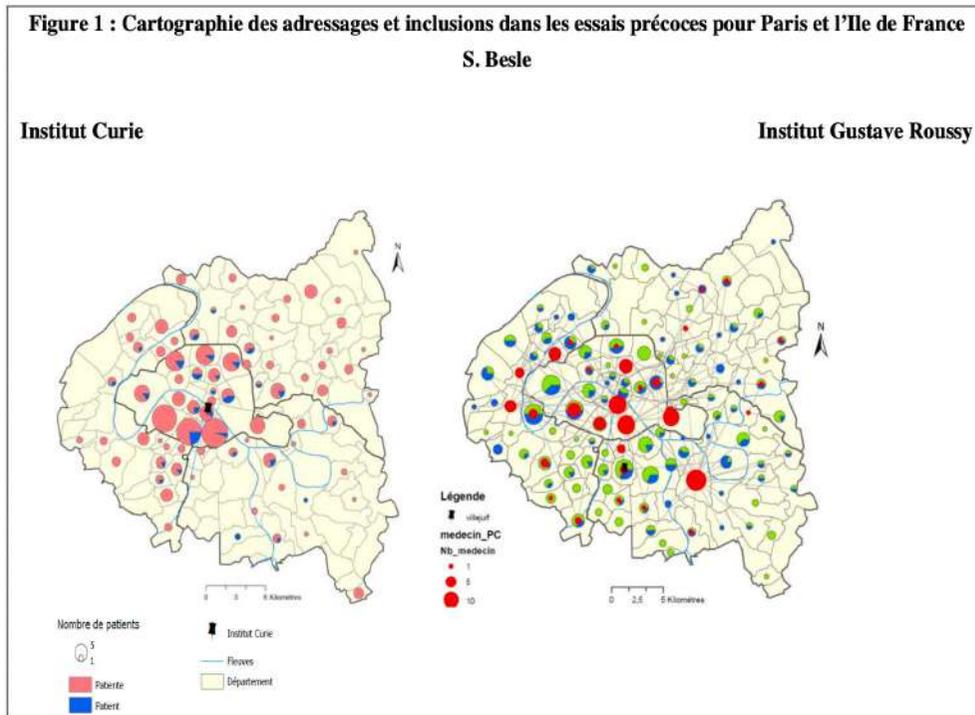
Introduction La greffe hépatique a permis un allongement de la survie des patients mais leur qualité de vie n'a pas été évaluée. Il n'existe à ce jour aucun questionnaire spécifique, validé en langue française, mesurant la qualité de vie des patients porteurs de greffons hépatiques. L'objectif de notre étude est de développer et de valider un questionnaire en langue française mesurant la qualité de vie des patients porteurs de greffons hépatiques : le questionnaire HepTransQoL.

Méthodes Une première phase de génération des items a identifié, à l'aide d'entretiens semi-directifs, les items pertinents dans la mesure de la qualité de vie des patients porteurs de greffons hépatiques. Une phase de réduction d'items a consisté à adresser ce questionnaire à un échantillon de 400 patients tirés au sort parmi les adhérents de l'association Transhépate ainsi que la file active des patients suivis à Beaujon : l'étude des propriétés psychométriques (dimensions, consistance interne, corrélation inter-items, et validité externe) a permis d'adapter une nouvelle version du questionnaire HepTransQoL. La dernière phase a consisté en la validation des propriétés psychométriques du questionnaire grâce à l'envoi du questionnaire adapté à un nouvel échantillon de 100 patients tirés au sort parmi la file active de Beaujon. La sensibilité au changement est en cours d'évaluation.

Résultats La première version du questionnaire à 49 items a été complétée par 97 patients. La version réduite à 27 items a été complétée par 39 patients. Nous avons mis en évidence trois dimensions dans la structure du questionnaire.



Recherches mixtes (concomitantes)



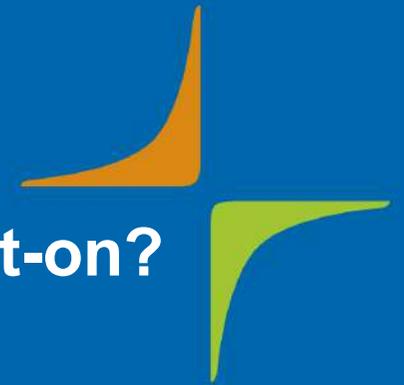
| | « Investigateurs » 6 | « Cliniciens » 5 | « Adresseurs » 2 |
|-------------------------------------|---|--|--|
| Conception de l'essai | On teste la toxicité le dosage la tolérance mais on observe aussi les réponses au traitement | C'est une chance de prolonger la vie, on espère une réponse. | On teste la toxicité le dosage la tolérance il y a très peu de chances de bénéfices. |
| Inclusion des patients / inégalités | La sélection est faite par le médecin référent qui adresse les patients. Il y a peu d'adressage. On recrute surtout en interne. | L'inclusion est décidée en staff que les patients soient sur place ou référés. | La sélection est faite par l'équipe de phase 1, qui choisit « le bon patient » ; ça dépend du copinage. L'inclusion est surtout faite en interne. |
| Enjeux éthiques principaux | Le problème c'est la capacité de compréhension des patients, peuvent-ils consentir? | Il n'y a pas de problème (c'est ça ou rien). | Le problème c'est qu'il n'y a pas d'intérêt thérapeutique/que c'est un processus d'exclusion (10 à 15% de patients inclus = 85% de patients exclus). |

Missions à la DRSI / CHIC

- ✓ **Méthodologie des recherches qualitatives**
- ✓ **Méthodologie des volets qualitatifs des recherches mixtes**
- ✓ **Formation** aux méthodes qualitatives (Outils — entretiens / observation / Focus Group / méthodes / cadres théoriques)
- ✓ Mise en place d'un **réseau de recherche qualitative en santé.**



Recherches qualitatives en santé, de quoi parle-t-on?



Des recherches nombreuses et variées

Les polyprescriptions des médecins généralistes ;
Le vécu des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ;
Les soins palliatifs et leur impact sur les proches ;
L'élaboration d'interventions en santé par la recherche-action ;
La « médecine fondée sur les valeurs » en santé cérébrale ;
La dignité des personnes atteintes de schizophrénie ;
Le consentement éclairé à la chirurgie d'urgence ;
(etc.)

==> De nombreux exemples de recherches qualitatives menées par des chercheurs issus des sciences médicales et paramédicales.

Dont les apports sont reconnus

Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances

Laurence Kohn¹, Wendy Christiaens²

Résumé – Aujourd'hui, les méthodes de recherche qualitative (MRQ) sont largement utilisées dans la recherche en santé et ont beaucoup à offrir aux institutions qui s'en chargent. Parce que ces méthodes ont été traditionnellement utilisées principalement par des chercheurs en sciences sociales, les professionnels en soins de santé ou les chercheurs d'autres disciplines engagés dans la recherche en santé peuvent ne pas être familiers avec ce type de recherche. Cet article présente dans un premier temps une rapide introduction aux méthodes de recherche qualitative et vise à montrer comment elles peuvent être utilisées de manière appropriée et fructueuse pour répondre à des questions de recherche relatives aux soins de santé. Dans un second temps, nous mettons en exergue les fausses croyances relatives aux MRQ selon lesquelles ces méthodes seraient inférieures aux méthodes quantitatives et entachées de subjectivité ; et ce, en expliquant les objectifs et les méthodes liées à une approche qualitative.

Abstract – Today qualitative research methods (QRM) are widely used in health research and have a lot to offer those studying health care and health services. Because these methods have traditionally been employed mainly by social scientists, they may be unfamiliar to health care professionals or researchers from other disciplines engaged in health research. We first aim at introducing qualitative research methods and to show how they can be employed appropriately and fruitfully to answer health care related questions. In Secondly, we demonstrate false beliefs about the QRM, such as their inferiority to quantitative methods or their particular danger of subjectivity; and this by explaining the aims and methods behind a qualitative approach.

Keywords: Qualitative research methods, health research, interview, focus group, observation.

JEL: Public health

1. Licenciée en Sciences sociales, Docteur en Sciences de la Santé publique, expert en analyse sociologique au Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), assistante chargée d'exercices à l'Université Libre de Bruxelles (ULB).
2. Docteur en sociologie, expert en Health System Research au Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE).

- Pour comprendre les expériences, les significations, et expliquer certains aspects des phénomènes sociaux comme la santé et la maladie.
- Pour prendre en compte les situations de la vie quotidienne en santé.
- Pour impliquer les parties prenantes (patients, soignants) dans l'analyse, la compréhension et l'organisation des soins de santé.
- Pour élaborer des recherches quantitatives adaptés aux personnes en soin.

Définir comprendre et s'appropriier les fondamentaux

*Le terme « méthodes qualitatives » englobe une **diversité d'approches** et de méthodes, dans différentes disciplines, qui s'intéressent à l'expérience des personnes, à leurs représentations, au sens qu'elles donnent à leurs actions, à leur histoire, aux relations qu'elles entretiennent, etc., c'est-à-dire à tout ce qui est considéré comme non directement quantifiable et mesurable .*

Winance M, Fournier C. Chapitre 1. Jalons historiques pour comprendre les enjeux de la recherche qualitative. In: Les recherches qualitatives en santé.

- ➔ Comprendre leurs principes, méthodes et outils ;
- ➔ Ne pas les dévoyer ;
- ➔ Les mobiliser à bon escient et dans toute leur richesse

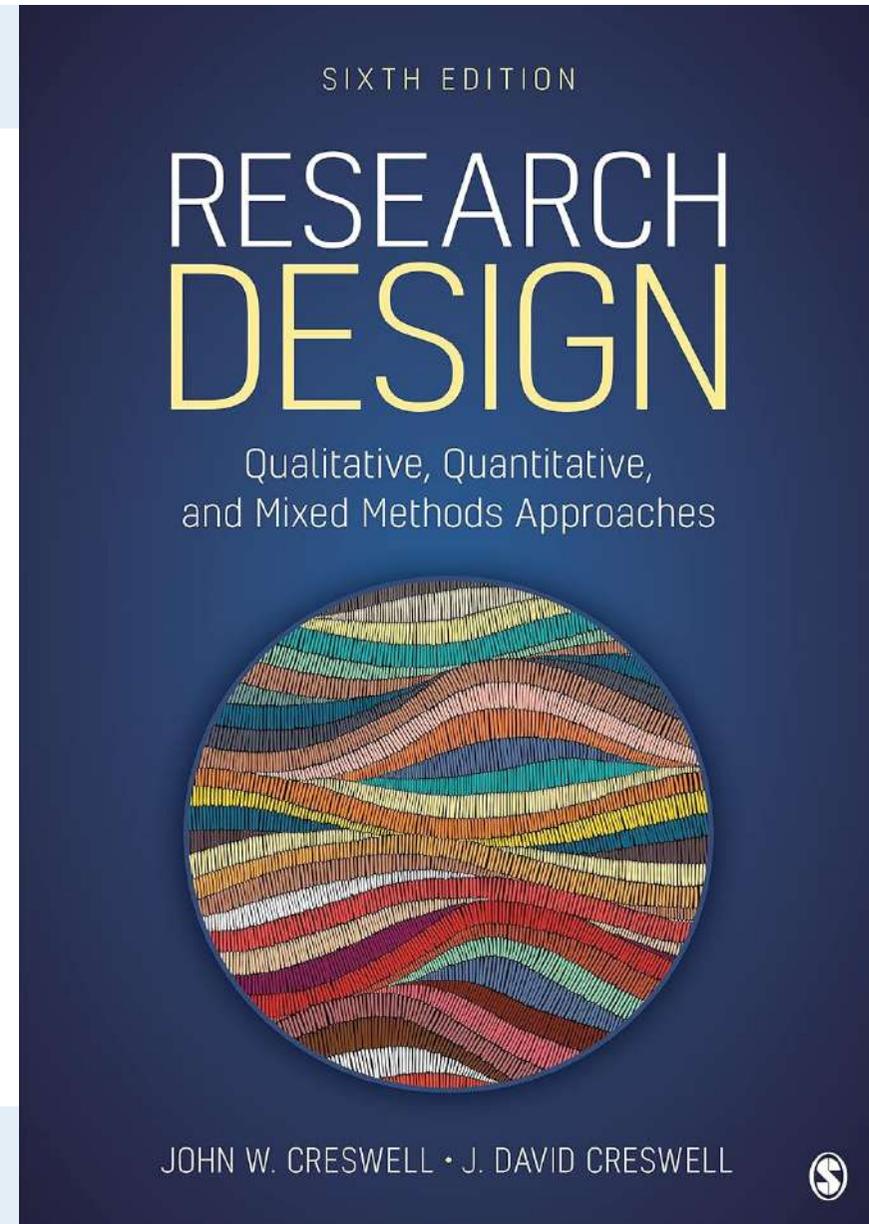


Quantitatif ou qualitatif?



Qualitatif ou quantitatif ?

Tableau (diapo suivante)
inspiré de Creswell et
Creswell



Qualitatif

Le chercheur observe, décrit, interprète un phénomène tel qu'il se présente, **sans chercher à le contrôler**.

S'intéresse à la compréhension du phénomène et **au sens qui lui est attribué par les participants**.

→ Propose une **description subjective et socialement construite d'une situation** (La production de sens est toujours sociale = Constructivisme)

→ Part d'une **question de recherche** pour découvrir ce qui fait problème / reformuler la question au cours de la recherche.

→ **Objectif** = Obtenir des descriptions détaillées d'une situation pour mieux **la comprendre**.

→ **Registre** = **Décrit le phénomène par des mots**.

→ Vise la théorisation (la compréhension) du phénomène

Quantitatif

Le chercheur part d'une **construction théorique du phénomène** (d'une explication) et **contrôle la situation de recherche** pour limiter l'interférence de variables non contrôlées.

→ Propose l'**observation de faits « objectifs »** (Observation et mesure d'une réalité objective "là dehors" dans le monde = Positivisme).

→ Part d'une **hypothèse**

→ **Objectif** = **tester l'hypothèse** par des **mesures objectives** (nombres)

→ (Objectif 2) obtenir des résultats fiables et généralisables (Généralisation des résultats).

→ **Registre** = **décrit le phénomène par des nombres / calculs statistiques**.

→ Vise à modifier / affiner / reformuler la théorie initiale.

Qualitatif ou quantitatif?

Qualitatif

Modèle inductif (Faits →
compréhension → Théorisation)

S'intéresse à la variété / diversité
des situations

**On cherche
une hypothèse ou on aboutit à une
typologie qui pourra ensuite être
explorée par l'approche quantitative.**

Quantitatif

Modèle hypothético déductif
(théorie → hypothèse →
Test)

Réduit les variations en
contrôlant les variables

**On teste
une hypothèse à travers la
quantification par des (en général
grands) nombres.**

Quantitatif ou qualitatif?

| Qualitative | Quantitative |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Quand le thème est peu familier• Quand les concepts et les variables sont inconnus• Pour relier certains aspects particuliers du comportement à un contexte plus large• Lorsqu'on recherche la signification plutôt que la fréquence• Quand la souplesse de l'approche est nécessaire pour découvrir l'imprévu | <ul style="list-style-type: none">• Quand le thème est clairement défini et familier• Quand les problèmes de mesure sont mineurs ou ont été résolus• Quand une description numérique détaillée d'un échantillon représentatif est nécessaire• Lorsqu'on souhaite généraliser les résultats et les comparaisons entre plusieurs groupes |

Tableau 1. Utiliser une approche.

Un choix d'échelle...

4 Grandes échelles en SHS appliquée au domaine de la santé:

L'échelle macro-sociale : échelle des représentations sociales, les visions du monde, les habitus, les grandes régularités sociales etc. Echelle de l'épidémiologie.

Méso-sociale : échelle des organisations, des stratégies entre acteurs, des rapports de pouvoir etc. Echelle des marges de manœuvres entre médecins, infirmières, cadres, direction, usagers (etc.) dans un hôpital.

Micro-sociale : échelle de repérage de la diversité des comportements et mécanismes sociaux dans l'espace privé ou domestique. Observation du sens, de l'intérêt, de l'identité, des stratégies et émotions. Echelle des équipes médicales dans leurs dimensions locales, dans la relation avec les patients ; échelle du vécu des patients dans le cadre de leur prise en charge.

Echelle micro-individuelle : échelle du sujet, de l'individu unique. C'est l'échelle des approches psychologiques et/ou psychanalytiques (publication d'un cas et de l'évolution de la personne par rapport à elle-même).

« Ce qui est visible à une échelle disparaît quand on change d'échelle d'observation mais d'autres aspects où d'autres phénomènes invisibles à l'échelle précédente apparaissent du fait même de ce changement d'échelle. La conclusion est qu'il n'existe pas de point de départ absolu, ni de discipline, voire de métiers supérieurs à d'autres. Chacun est pertinent à une échelle donnée, par rapport à un découpage limité et en fonction d'un problème spécifique ».

Dominique Desjeux La question des échelles d'observation en SHS appliquées au domaine de la santé, *Recherche en soins infirmiers*, n°85, 2006

Exemple : Traitement de la déshydratation du jeune enfant en cas de diarrhée aiguë.

1970-80 : On prouve que le traitement efficace contre la déshydratation liée à la diarrhée aiguë qui peut être particulièrement grave chez le jeune enfant est la prise de Sels de réhydratation Orale (SRO)

1992 : L'OMS reprend tous les essais cliniques internationaux réalisés pour la mise sur le marché d'une dizaine des médicaments anti-diarrhéiques les plus utilisés (...) et invite les prescripteurs à ne pas les utiliser du fait de leur inefficacité, de leur trop faible efficacité ou de leur toxicité potentielle, au regard de la priorité à donner aux sels de réhydratation orale, efficace.

Topuz, B. (2004) . La mauvaise prise en charge de la diarrhée de l'enfant en France. Santé Publique, Vol. 16(1), 27-35. <https://doi.org/10.3917/spub.041.0027.>)

Recherche qualitative sur la diarrhée de l'enfant. Rencontres mères familles et soignants. Observations et entretiens. Résultats :

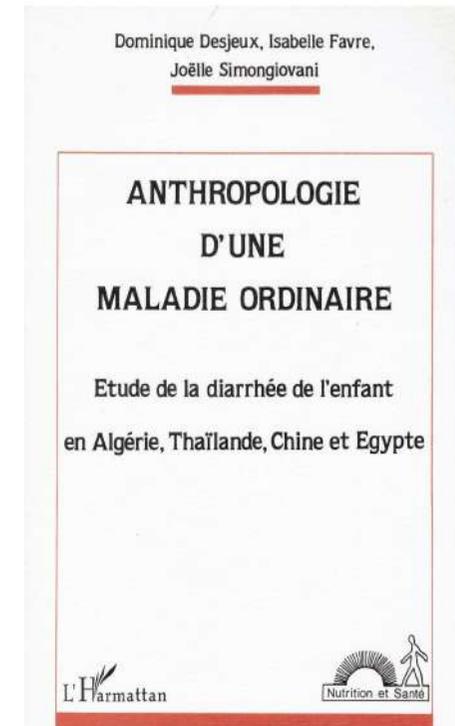
Diarrhée infantile le plus souvent pas considérée comme une maladie par les familles. Contraint les concepteurs de la campagne d'information à « dramatiser » les dangers (réels) de la diarrhée infantile. Sensibilise les familles MAIS crée des attentes fortes +++ en termes de traitement; , demande de traitement « prestigieux et efficace » qui arrête les diarrhées. Familles cherchent en priorité les signes d'arrêt de la maladie ; **ne voient pas de signes de l'efficacité du traitement (arrêt de la diarrhée / fin des pleurs etc.).**

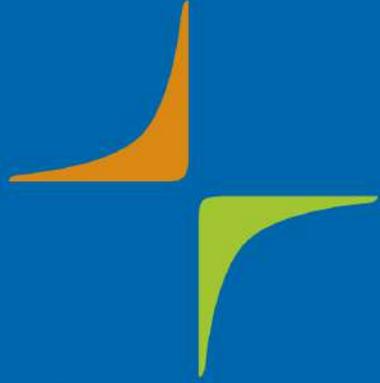
→ Les SRO ont une image négative auprès des familles qui les trouvent inefficaces / les prescriptions changent peu.

Anthropologie d'une maladie ordinaire : étude de la diarrhée de l'enfant en algérie, thaïlande, chine et égypte, Desjeux Dominique, L'Harmattan,2000.

Des échelles complémentaires

- Une solution **thérapeutique efficace (prouvée quantitativement)** a d'autant plus de chances de réussir qu'on n'oublie pas :
- Que les comportements des acteurs sont soumis à **des contraintes qui structurent le contexte social dans lequel ils évoluent** (crainte d'être jugé comme un mauvais médecin ou une mauvaise mère) et auxquelles **ils s'adaptent sans que cette adaptation soit nécessairement consciente**.
 - Qu'ils ont **des raisons légitimes** de se comporter ainsi.
- Le qualitatif (en santé) vise précisément à élucider les « **bonnes raisons que les personnes concernées par une action ou une décision médicale ont de l'accepter, de la refuser ou de la réinterpréter** ». → Modifier / améliorer les actions thérapeutiques / de santé publique / de formation proposées.





Outils méthodes et cadres théoriques en recherche qualitative

Outils

OUTILS DE RECUEIL

L'observation : décrire des pratiques au moment où elles se produisent, sans l'intermédiaire d'un document ou d'un témoignage. Particulièrement utile pour affiner les questions de recherches et repérer les automatismes (qui ne sont en général pas mentionnés dans les entretiens)

L'entretien : adapté pour rendre compte du point de vue de l'acteur, de son expérience, de son vécu, ses savoirs, ses savoir-faire, ses croyances.

Le focus group : (entretien de groupe focalisé) : susciter la réflexivité des participants autour de leur propre expérience de la réalité étudiée / faire émerger des propositions autour d'un problème défini.

Attention : les éléments recueillis relèvent d'une construction de la réalité et d'un accès à une réalité toujours partielle.



Méthodes de recueil

Triangler les sources (croiser les outils) penser à diversifier le plus possible les sources d'information (et donc les participants) « *de manière à inclure la plus grande variété possible, indépendamment de leur fréquence statistique* » ; il s'agit de « faire le tour de cet univers ».

→ **Choisir les participants : choix INTENTIONNEL (Ni au hasard ni représentatif)** pour documenter la plus grande diversité de situations. **Deux variations principales.**

→ **Intergroupe** = permet de décrire le phénomène depuis les perspectives des différents acteurs qui le mettent en œuvre / en font l'expérience (ex : les soignants / les donneurs / les receveurs)

→ **Intragroupe** = permet de faire varier les points de vue au sein d'un groupe d'acteur. (Exemple : les donneurs / en emploi ou non / en couple ou non / avec ou sans enfants / avec ou sans complications / etc.)

→ **Attention, si trop de variété, on ne parvient plus à analyser les données. Bien catégoriser les groupes**

Estimer la saturation (le moment où un nouveau recueil n'apporte plus d'information) On compte en général **12-20 sujets par groupe pour arriver à saturation** (20 est souvent le nombre minimum exigé pour une publication indexée Pubmed).

Au-delà de 50 entretiens il devient difficile de faire une analyse qualitative rigoureuse.

Cadres et origines théoriques...

- Les disciplines qui utilisent les méthodes qualitatives lient étroitement les choix méthodologiques aux cadres théoriques qui sont les leurs ; elles sont issues des sciences humaines et sociales et de l'histoire de ces sciences. (Philosophie / Sociologie / Psychologie / Anthropologie / Histoire / etc.)
- Toutes ces disciplines visent à comprendre l'homme. ***Toutes sont avant tout des théorisations du « monde humain ».*** Elles engagent des conceptions de l'homme, de la société, de la recherche et de la production de connaissances qui leur sont propres.

Des cadres et origines théoriques (nombreux) à connaître

- Philosophie : Ethique → Valeurs, normes, conflits éthiques éventuels, lien/ tensions entre les normes de santé et les valeurs des patients et soignants (etc.) . Phénoménologie / éthiques narratives → Vécu, récits, expérience de la maladie, ruptures biographiques, identité
- Sociologie : les interactions, la construction d'une situation par les personnes qui la vivent, les rapports sociaux de pouvoir, de genre, de classes, de catégories socio-culturelles etc.
- Psychologie : phénomènes et mécanismes psychiques, comportements et processus mentaux, liens affectifs, traumatismes, histoires de vie etc.

Déterminent la « sensibilité théorique / expérientielle »

- **Aucune analyse ne se fait indépendamment de l'analyste et de sa « sensibilité » !**
- « Imaginons un analyste abordant un corpus de données sans stratégie ni orientation précises, à partir d'une simple position de curiosité.(...) Nous ne parviendrions pas pour autant à une absence de disposition analytique. Nous ne pouvons pas ne pas avoir de référents ni de repères (...). **Tout analyste se situe à l'intérieur d'un univers interprétatif et cet état de fait ne manque pas de jouer dans la sélection des données du corpus qui s'avéreront pertinentes.** Il peut s'agir, par exemple, d'une (...) propension à être attentif avant tout aux sentiments exprimés par les sujets [**Sensibilité expérientielle**] propension reposant sur une formation en psychologie clinique [**Sensibilité théorique**].
- En recherche qualitative, nous parlons (...) de la sensibilité théorique et expérientielle du chercheur (...). Cette **sensibilité oriente toujours le regard de l'analyste et donc sa facilité à trouver telle ou telle thématisation plutôt qu'une autre.** La notion de sensibilité théorique est liée à la formation initiale et continue du chercheur ainsi qu'à son expérience de recherche, particulièrement celle du terrain. (...) Une variante de la sensibilité théorique est la sensibilité expérientielle, alors que ce sont les expériences personnelles du chercheur qui sont mises à profit ».
- **A travailler !**
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021) . Chapitre 12. L'analyse thématique. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 5e éd. (p. 269 -357). Armand Colin. <https://shs.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-page-269?lang=fr>.

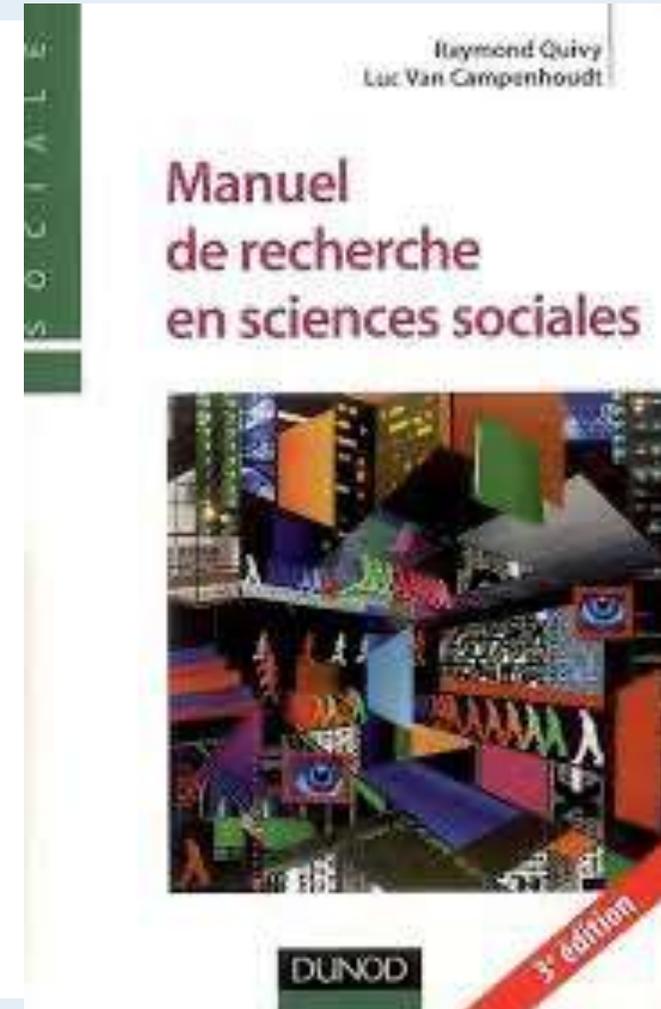
Et en pratique?



Partir de la revue de la littérature pour formuler une question de recherche

« La difficulté d'entamer valablement un travail provient souvent d'un souci de trop bien faire et de formuler d'emblée un projet de recherche d'une manière parfaitement satisfaisante. C'est une erreur. **Une recherche est par définition quelque chose qui se cherche. Elle est un cheminement vers une meilleure connaissance et doit être acceptée comme telle, avec tout ce que cela implique d'hésitations, d'errements et d'incertitudes** ».

- S'efforcer d'énoncer son projet de recherche **sous la forme d'une question de départ par laquelle le chercheur tente d'exprimer le plus exactement possible ce qu'il cherche à savoir, à élucider, à mieux comprendre.**
- La question doit être **claire et précise** ; elle doit aussi **permettre que la recherche soit faisable.**
- **Exemple** : Quelles sont les causes du sous-développement dans les pays d'Afrique? La question est claire mais trop vague et ne permet pas une recherche « faisable ».



Formuler une question de recherche

Une question de recherche doit aussi être ouverte :

Il faut formuler la question de telle manière que la rigueur du travail ne soit pas d'emblée compromise. **Le chercheur doit construire son dispositif de recherche de telle sorte que celle-ci ne soit pas une démonstration dont la réponse à la question qu'il se pose serait connue d'avance.** Il doit concevoir et construire ce dispositif comme une investigation susceptible de conduire à des résultats qui ne seraient pas ceux souhaités. (...) Pour dire les choses autrement, **une bonne question de départ sera donc une question « ouverte », ce qui signifie qu'*a priori* plusieurs réponses différentes doivent pouvoir être envisagées.**

Exemples : Innovations et recomposition de l'activité au bloc opératoire : Quels effets sur l'activité pré, per et post-opératoire? Quels effets sur les identités professionnelles? Quels sont les enjeux éthiques des transplantations hépatiques avec donneurs vivants (selon ceux qui en font l'expérience)?



Construire sa méthodologie / choisir ses outils

Choix d'une méthodologie (Quantitative qualitative ou mixte → Quelle échelle?)

Choix des participants (Qui sont les informateurs pertinents? → Représentatif d'une population ou exemplaire d'une perspective?)

Choix des outils (Observation/ entretien / focus group / autre → Quels sont les plus appropriés au terrain concerné?)

Prévoir des étapes d'analyse pour garder une ouverture / permettre que la question de recherche soit reformulée et d'ajuster les outils (méthode souple et itérative)

Vérifier les enjeux réglementaires : autorisation de la recherche, CPP / CEL → Questionnaire en ligne (CHIC / GIRCI IDF) <https://girci-idf.fr/ressources/quelle-demarche-pour-ma-recherche-clinique-smartreg/>

Se préoccuper de l'éthique : respect de l'autonomie et des choix des personnes à qui on propose de participer / information claire aux participants ; respects de leurs valeurs / points de vue / sécurité des données / accès aux résultats.

Se lancer !

Questionner

Avoir un guide minimal

non structuré = une phrase d'accroche : qu'est-ce que vous pourriez nous dire sur cette situation?

- Semi-structuré = une liste de thème et des questions ouvertes

| Thèmes | Exemples de questions |
|----------------------|--|
| L'information | « Comment avez vous entendu parler de cette possibilité ? » |
| La décision | « Comment vous êtes vous décidé ? » |
| L'intervention | « Comment ça c'est passé pour vous ? Vous pouvez me raconter ? » |
| Les suites | « Et maintenant, comment ça se passe ? » |
| Attentes / à ajouter | |

Analyser les données au fil de l'eau

Retravailler son guide d'entretien selon les premières données qui apparaissent

Prévoir des analyses régulières et des allers-retours entre le terrain et l'analyse.

Noter les questions qui se posent, les choix méthodologiques effectués pour pouvoir les expliciter ensuite

| Thèmes | Exemples de questions |
|-------------------------------|--|
| L'information | « Comment avez-vous entendu parler de cette possibilité ? » « Qui vous en a parlé ? » |
| La décision | « Est-ce que vous pourriez me raconter comment vous avez pris votre décision ? » |
| L'opération | « Comment est-ce que ça c'est passé ? » « Vous pouvez me raconter ce dont vous vous souvenez ? » |
| Les suites | « Et ensuite / maintenant comment est-ce que ça se passe ? » |
| Changements | « Comment est-ce que ça a changé des choses ce don ? » |
| Famille | « Comment est-ce que vous vous êtes organisé au plan familial ? » |
| Couple | « Dans votre couple, comment ça c'est passé ? » |
| Avis sur le don entre vivants | « Qu'en pensez – vous maintenant de cette possibilité ? » |
| Travail | « Et professionnellement comment vous vous êtes organisé ? » |
| Argent | « Financièrement, ça c'est passé comment ? » |
| Suivi | « Est-ce que vous êtes suivi médicalement ? » |
| Attente : choses à ajouter | « Est-ce qu'il y a des choses dont on n'aurait pas parlé et que vous voudriez aborder ? » |

Faire l'analyse thématique

V: Consigne initiale puis est-ce pour commencer vous pouvez me raconter un peu.

H: Mon histoire ! Pourquoi j'ai été greffée ! Voilà. Alors donc depuis 30 ans j'ai une maladie de foie, je suis restée pendant 20 ans sans savoir ce que j'avais parce qu'on pensait que c'était une hépatite et finalement ce n'était pas une hépatite, j'ai été suivie à _____ et après analyses et tout, on a fini par découvrir que... Après avoir fait l'analyse de l'hépatite c parce que c'était le seul doute qu'on avait, on a découvert que c'était pas l'hépatite C, et que j'avais jamais eu d'hépatite de ma vie. Donc c'était la première nouvelle, mais on ne savait toujours pas ce que j'avais. Alors on a cherché les anti-corps, on n'a pas trouvé, et puis au bout de 25 ans, on a fini quand même par trouver ce que j'avais. C'était une heu... Ha ben ça il faut que je retrouve le nom ! Ha mince alors... Bon je vous le dirais tout à l'heure en cours de conversation, ça reviendra... Et heu j'ai été soignée, j'ai eu des médicaments et tout, et au bout d'un moment j'ai eu bon... Un ulcère à l'estomac, des trucs à l'œsophage que je me rappelle pas le nom, et donc j'ai eu pas mal de fibroscopies pour m'enlever ce que j'avais à l'œsophage, et le médecin m'a dit à un moment écoutez, votre foie se dégrade, il faudra faire une greffe. Il faut vous greffer. Donc j'ai attendu un petit peu, un mois, mon mari le savait, mon fils ne le savait pas, j'en ai parlé un peu à la famille. Jusqu'à ce que mon fils appelle, et je lui ai dit écoute E _____, mon foie se dégrade, je vais être greffée, il faudrait quelqu'un parce que j'ai un an heu... j'ai 2 ans d'attente, et le médecin me laisse un an à vivre. Donc heu il m'a dit tout de suite immédiatement dans la minute qui suivait ben maman je te donne mon foie. Donc heu voilà, donc on a pris la décision de faire la greffe.

V : D'accord. Et vous vous souvenez un peu comment vous avez pris cette décision ?

H: La décision quand le médecin me l'a annoncé, ben je l'ai bien prise, je l'ai très bien prise parce que... Surtout que bon tout de suite après mon fils m'a dit qu'il me donnait son foie, sachant que c'était mon fils heu j'avais pas de problème hein. Bon ça m'embêtait un petit peu, c'est d'ailleurs pour ça que tout au début je lui en avais pas parlé parce que je voulais pas qu'il me dise qu'il me donne son foie, et en même temps je savais que bon j'avais plus qu'un an à vivre, si j'avais pas de donneur vivant heu je risquais d'y passer. Donc quand il m'a dit ça j'étais quand même un peu contente, mais en même temps j'avais très peur pour lui. Donc je vais un peu vite dans comment ça c'est passé, mais enfin bon... Il a décidé de la date, il a dit je vais faire ça pendant l'été, donc ça pour mon travail ce sera mieux. Donc on a décidé de faire ça vers le 07 août et finalement on a fait ça le 14. J'étais pas tout à fait prête parce qu'il y a un examen qui avait pas été fait, ils ont pas voulu m'opérer donc j'ai attendu heu et le 14 août il a fallut qu'on aille tous les 2 à l'hôpital. Je suis rentrée un jour avant mon fils, il est rentré la veille, moi je suis rentré le 12 il est rentré le 13 et puis nous sommes partis tous les 2 sur notre lit dans la salle d'opération en souriant. avec le sourire tous les 2.

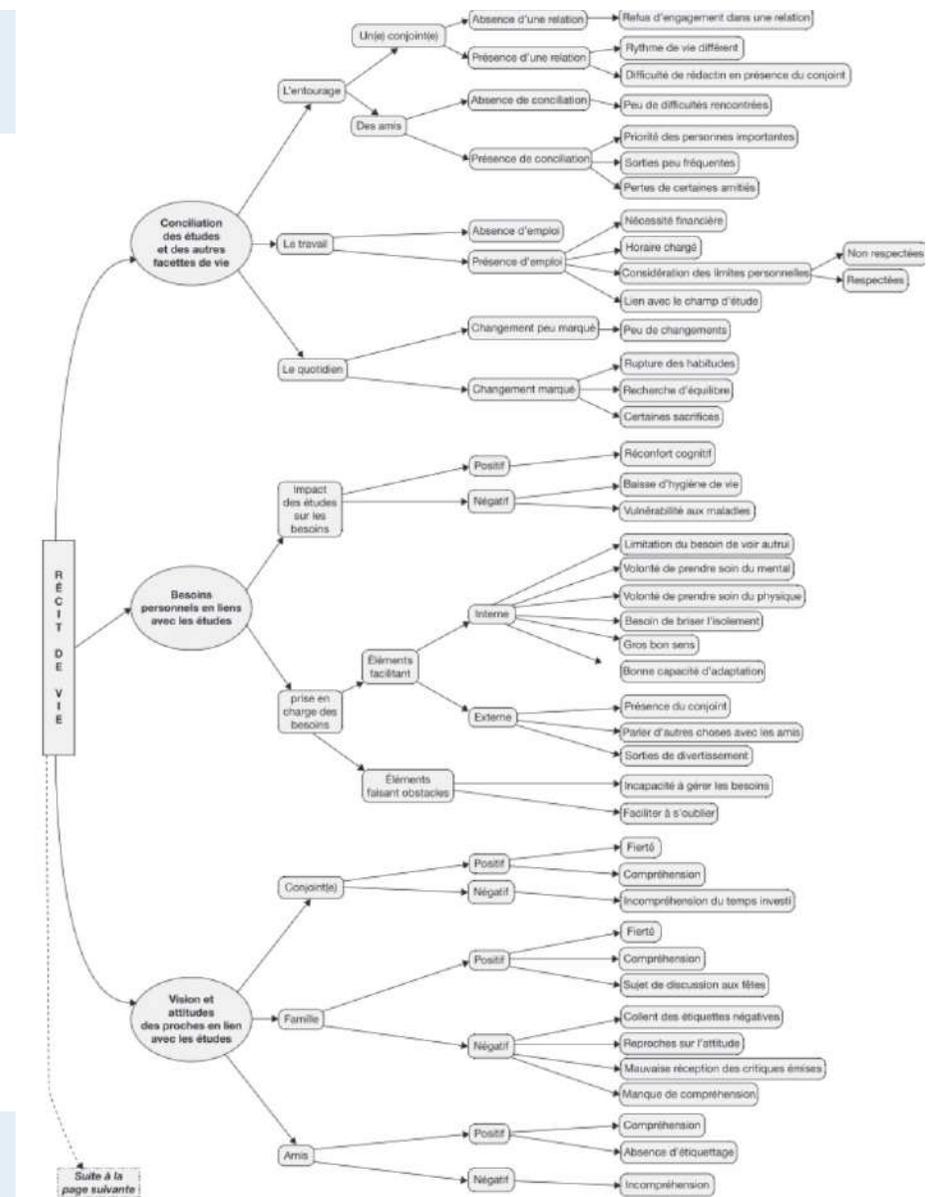
Faire l'analyse thématique

| | Argument médical pour | Argument médical contre | Argument perso pour | Argument perso contre |
|-----------------------|---|--|---|---|
| H Donneur parental | | | Et donc on a <u>réfléchi</u> entre ma copine et moi et on a décidé tel jour de greffer M | |
| T Donneur parental | Comme on nous avait dit que pour la greffe on pouvait attendre 1 mois, 2 mois, un an on en a eu vraiment marre. | Dans une première phase de réflexion où on était assez perturbés et où on se disait soit on attend parce que la table d'opération et tout ça... On se disait aussi mais... Si <u>ça se passe pas</u> bien et qu'elle rejette l'organe et qu'elle est en grande urgence et moi à l'hosto de l'autre côté, qu'est-ce qu'on pourra faire ? J'aurai donné pour rien et <u>on pourra rien</u> faire. | <u>Le deuxième phase</u> de ras-le-bol de voir la petite tous les jours à l'hôpital où là ce qui devient important c'est que ça cesse et c'est tout. Donc là c'était vraiment le ras-le-bol de tout ça et mon idée c'était vraiment je donne et on passe à autre chose. On voulait en finir avec ça. Quand on s'est décidé on s'est décidé, il fallait y aller ! | Nous on en a vu des personnes <u>qui le feraient pas</u> , qui auraient pas voulu... On parle beaucoup ici dans le service... (...) J'avais peur aussi parce que <u>j'avais jamais</u> été à l'hôpital... |
| L donneur parental | Moi je dis même pour une appendicite on peut y rester alors ! Il faut au moins un an sur la liste d'attente et un an ce serait trop long pour lui. Moi <u>je veux pas</u> attendre un an et puis ils ont dit que ben au plus il restait dans sa maladie au plus ça pouvait attaquer le cœur. Et puis c'est mieux quand c'est un parent qui donne que quand c'est un greffon parce que moi j'ai vu beaucoup de greffons <u>qui tiennent pas</u> , et y a beaucoup de parents qui donnent... | | Je me suis dit dans ma tête si je le fais c'est pour lui. <u>Ca</u> fait que moi j'ai dit je vais le faire, je préfère moi que mon mari, c'est moi qui vais le faire, je préfère moi que lui parce que moi je travaille pas et lui il travaille donc... | |
| E Donneur parental | | | H allait bien donc le chirurgien a proposé de mettre une date butoir par exemple dans 4 mois et de faire le donneur vivant si on n'avait pas de donneur. Mais moi j'ai dit que | |

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021) . Chapitre 12. L'analyse thématique. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 5e éd. (p. 269 -357). Armand Colin. <https://shs.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200624019-page-269?lang=fr>.

Faire l'analyse thématique

| Difficultés | Adultes | Pédiatriques | Total |
|---|----------------------------------|--------------|----------|
| Je ne peux plus travailler suite au don | Mik, Lau (arrêt suite comp.) (2) | | 2 |
| C'est plus difficile de travailler | Sop (1) | | 1 |
| J'ai raté une opportunité de travailler | Ade, Van (2) | | 2 |
| Je ne peux pas travailler à cause de la maladie du receveur | | Eme (1) | 1 |
| Total | 5 | 2 | 7 |



Intérêts et limites du qualitatif

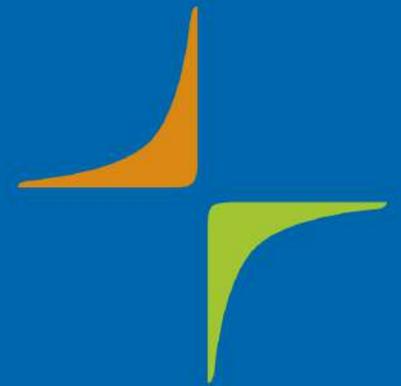
Intérêts :

- ✓ Un rapport différent aux personnes interrogées : ne sont pas considérées comme des « sujets de recherche » mais comme des informateurs , des personnes « *détenrices d'un savoir qui leur est spécifique du fait de leur vécu de la situation* ».
- ✓ Pour la découverte de l'inattendu.
- ✓ **Comprendre une situation dans sa complexité en faisant place à la subjectivité des personnes concernées. → Recherche de solutions concrètes à des problèmes qui concernent la vie quotidienne.**

Limites :

- Recherche longue = l'apprentissage du terrain, la documentation et l'analyse prennent beaucoup de temps.
- L'analyse est complexe ; on peut s'y perdre. (Se former à l'analyse + au logiciel d'analyse)
- Ne permet pas de **tester** des hypothèses.
- Des généralisations possibles mais qui doivent être prudentes : les résultats ne sont pas généralisables mais les hypothèses doivent pouvoir être transposées à des situations similaires.

Et pour publier?



La question des Cheklists

Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007

Introduction

- These guidelines accompany the Critical Review Form: Qualitative Studies originally developed by the McMaster University Occupational Therapy Evidence-Based Practice Research Group and revised by Letts et al., 2007. They are written in basic terms that can be understood by researchers as well as clinicians and students interested in conducting critical reviews of the literature.
- Guidelines are provided for the questions in the left hand column of the form and the instructions/questions in the Comments column of each component.
- Examples relate to occupational therapy research as much as possible.
- These guidelines assist readers to complete critical appraisal of qualitative research articles. In recent years, there has been an increase in the number of meta-syntheses i.e., articles that examine more than one qualitative study and synthesize the data from these studies together. The approaches to conducting meta-syntheses are still emerging, and criteria for critical appraisal of meta-syntheses are not yet well-established. Over time, we anticipate that we may either revise this review form to incorporate meta-syntheses or develop another review form.

Critical Review Components

Citation

- Include full title, all authors (last name, initials), full journal title, year, volume number, and page numbers.
- This ensures that another person could easily retrieve the same article.

Study Purpose

- Was the purpose and/or research question stated clearly? - The purpose is usually stated briefly in the abstract of the article, and again in more detail in the introduction. It may be phrased as a research question.
- A clear statement of purpose or research questions helps you determine if the topic is important, relevant, and of interest to you.
- For future reference, it is useful to provide a summary of the purpose or research question in the comments section, so that you or someone else can quickly get a sense of the article.

Literature

- Was relevant background literature reviewed? A review of the literature should be included in an article describing research to provide some background to the study. It should provide a

© Letts et al., 2007

Qualitative Review Form Guidelines

1.

International Journal for Quality in Health Care, Volume 19, Number 6, pp. 349–357
Advance Access Publication: 14 September 2007

10.1093/intqhc/mzm042

Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups

ALLISON TONG^{1,2}, PETER SAINSBURY^{1,3} AND JONATHAN CRAIG^{1,2}

¹School of Public Health, University of Sydney, NSW 2006, Australia, ²Centre for Kidney Research, The Children's Hospital at Westmead, NSW 2145, Australia, and ³Population Health, Sydney South West Area Health Service, NSW 2170, Australia

Abstract

Background. Qualitative research explores complex phenomena encountered by clinicians, health care providers, policy makers and consumers. Although partial checklists are available, no consolidated reporting framework exists for any type of qualitative design.

Objective. To develop a checklist for explicit and comprehensive reporting of qualitative studies (indepth interviews and focus groups).

Methods. We performed a comprehensive search in Cochrane and Campbell Protocols, Medline, CINAHL, systematic reviews of qualitative studies, author or reviewer guidelines of major medical journals and reference lists of relevant publications for existing checklists used to assess qualitative studies. Seventy-six items from 22 checklists were compiled into a comprehensive list. All items were grouped into three domains: (i) research team and reflexivity, (ii) study design and (iii) data analysis and reporting. Duplicate items and those that were ambiguous, too broadly defined and impractical to assess were removed.

Results. Items most frequently included in the checklists related to sampling method, setting for data collection, method of data collection, respondent validation of findings, method of recording data, description of the derivation of themes and inclusion of supporting quotations. We grouped all items into three domains: (i) research team and reflexivity, (ii) study design and (iii) data analysis and reporting.

Conclusions. The criteria included in COREQ, a 32-item checklist, can help researchers to report important aspects of the research team, study methods, context of the study, findings, analysis and interpretations.

Keywords: focus groups, interviews, qualitative research, research design

Qualitative research explores complex phenomena encountered by clinicians, health care providers, policy makers and consumers in health care. Poorly designed studies and inadequate reporting can lead to inappropriate application of qualitative research in decision-making, health care, health policy and future research.

Formal reporting guidelines have been developed for randomized controlled trials (CONSORT) [1], diagnostic test studies (STARD), meta-analysis of RCTs (QUOROM) [2], observational studies (STROBE) [3] and meta-analyses of observational studies (MOOSE) [4]. These aim to improve the quality of reporting these study types and allow readers to better understand the design, conduct, analysis and findings of published studies. This process allows users of published research to be more fully informed when they critically appraise studies relevant to each checklist and decide upon applicability of research findings to their local settings. Empirical studies have shown that the use of the CONSORT statement is associated with improvements in the quality of reports of

randomized controlled trials [5]. Systematic reviews of qualitative research almost always show that key aspects of study design are not reported, and so there is a clear need for a CONSORT-equivalent for qualitative research [6].

The Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals published by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) do not provide reporting guidelines for qualitative studies. Of all the mainstream biomedical journals (Fig. 1), only the British Medical Journal (BMJ) has criteria for reviewing qualitative research. However, the guidelines for authors specifically record that the checklist is not routinely used. In addition, the checklist is not comprehensive and does not provide specific guidance to assess some of the criteria. Although checklists for critical appraisal are available for qualitative research, there is no widely endorsed reporting framework for any type of qualitative research [7].

We have developed a formal reporting checklist for in-depth interviews and focus groups, the most common methods for data collection in qualitative health research.

Address reprint requests to: Allison Tong, Centre for Kidney Research, The Children's Hospital at Westmead, NSW 2145, Australia. Tel: +61-2-9845-1482; Fax: +61-2-9845-1491; E-mail: allisont@health.usyd.edu.au, allisont@chw.edu.au

International Journal for Quality in Health Care vol. 19 no. 6

© The Author 2007. Published by Oxford University Press on behalf of International Society for Quality in Health Care; all rights reserved

349

Intérêts et limites de checklists

Lingard qualifie d'«hybridisation» cette pratique de la recherche qualitative selon les règles de la recherche quantitative[20]. L'auteur y voit un aspect positif, dans la mesure où cette démarche permet de parler le « langage » de la pédagogie médicale. (...) « si nous ne voulons pas parler dans le vide, nous devons être capables de raconter l'histoire de nos travaux qualitatifs de manière à ce que le public puisse « l'entendre » et s'engager avec nous ». Lingard en dénonce aussi les dérives qui limitent la possibilité d'exploiter pleinement la richesse de ces approches. Par exemple, la volonté d'inclure un nombre important de sujets conduit les chercheurs en éducation médicale à ne réaliser qu'une description de surface des phénomènes auxquels ils s'intéressent. Par ailleurs, la quête démesurée de généralisabilité les incite à mettre l'accent sur l'objectivité, les normes et le consensus, plutôt que sur les découvertes et sur les révélations inattendues[20].

Pelaccia T. Paillé P.

La recherche qualitative en pédagogie médicale : histoire, pratique et légitimité
Pédagogie médicale,
Volume 12, Numéro 3, août
2011, pp. 179 – 192.

Pelaccia T. Paillé P.

<https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/abs/2011/03/pmed110004/pmed110004.html>

Intérêts des « Checklists »...

- Pour publier dans les revues médicales avec comité de lecture +++
- Pour les chercheurs qui ne sont pas issus des sciences humaines et sociales pour préparer une recherche et connaître les attendus des recherches qualitatives.
- Donnent des repères (question de recherche / triangulation / « double codage » etc.). Par exemple l'item « *relation avec les participants* » invite à réfléchir au choix de l'interviewer : *« a clinician– researcher may have a deep understanding of patients' issues but their involvement in patient care may inhibit frank discussion with patient – participants when patients believe that their responses will affect their treatment. (Coreq)*

Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups

ALLISON TONG^{1,2}, PETER SAINSBURY^{1,3} AND JONATHAN CRAIG^{1,2}

¹School of Public Health, University of Sydney, NSW 2006, Australia, ²Centre for Kidney Research, The Children's Hospital at Westmead, NSW 2145, Australia, and ³Population Health, Sydney South West Area Health Service, NSW 2170, Australia

Abstract

Background. Qualitative research explores complex phenomena encountered by clinicians, health care providers, policy makers and consumers. Although partial checklists are available, no consolidated reporting framework exists for any type of qualitative design.

Objective. To develop a checklist for explicit and comprehensive reporting of qualitative studies (indepth interviews and focus groups).

Methods. We performed a comprehensive search in Cochrane and Campbell Protocols, Medline, CINAHL, systematic reviews of qualitative studies, author or reviewer guidelines of major medical journals and reference lists of relevant publications for existing checklists used to assess qualitative studies. Seventy-six items from 22 checklists were compiled into a comprehensive list. All items were grouped into three domains: (i) research team and reflexivity, (ii) study design and (iii) data analysis and reporting. Duplicate items and those that were ambiguous, too broadly defined and impractical to assess were removed.

Results. Items most frequently included in the checklists related to sampling method, setting for data collection, method of data collection, respondent validation of findings, method of recording data, description of the derivation of themes and inclusion of supporting quotations. We grouped all items into three domains: (i) research team and reflexivity, (ii) study design and (iii) data analysis and reporting.

Conclusions. The criteria included in COREQ, a 32-item checklist, can help researchers to report important aspects of the research team, study methods, context of the study, findings, analysis and interpretations.

Keywords: focus groups, interviews, qualitative research, research design

Qualitative research explores complex phenomena encountered by clinicians, health care providers, policy makers and consumers in health care. Poorly designed studies and inadequate reporting can lead to inappropriate application of qualitative research in decision-making, health care, health policy and future research.

Formal reporting guidelines have been developed for randomized controlled trials (CONSORT) [1], diagnostic test studies (STARD), meta-analysis of RCTs (QUOROM) [2], observational studies (STROBE) [3] and meta-analyses of observational studies (MOOSE) [4]. These aim to improve the quality of reporting these study types and allow readers to better understand the design, conduct, analysis and findings of published studies. This process allows users of published research to be more fully informed when they critically appraise studies relevant to each checklist and decide upon applicability of research findings to their local settings. Empirical studies have shown that the use of the CONSORT statement is associated with improvements in the quality of reports of

randomized controlled trials [5]. Systematic reviews of qualitative research almost always show that key aspects of study design are not reported, and so there is a clear need for a CONSORT-equivalent for qualitative research [6].

The Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals published by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) do not provide reporting guidelines for qualitative studies. Of all the mainstream biomedical journals (Fig 1), only the British Medical Journal (BMJ) has criteria for reviewing qualitative research. However, the guidelines for authors specifically record that the checklist is not routinely used. In addition, the checklist is not comprehensive and does not provide specific guidance to assess some of the criteria. Although checklists for critical appraisal are available for qualitative research, there is no widely endorsed reporting framework for any type of qualitative research [7].

We have developed a formal reporting checklist for in-depth interviews and focus groups, the most common methods for data collection in qualitative health research.

Address reprint requests to: Allison Tong, Centre for Kidney Research, The Children's Hospital at Westmead, NSW 2145, Australia. Tel: +61-2-9845-1482; Fax: +61-2-9845-1491; E-mail: allisont@health.usyd.edu.au, allisont@chw.edu.au

Limites des « Checklists »... Aller plus loin!

- Le plus important est de comprendre que les méthodes qualitatives ont leurs propres critères de rigueur et de scientificité.
- Le chercheur doit y adopter une démarche réflexive parce que la recherche est une double quête : celle de l'autre (terrain) et celle de soi (comment le chercheur se situe dans cette quête). **Cette double dimension (autre / soi) induit un engagement et scientifique et éthique du chercheur.**
- **Scientifique** = observer, décrire et **rendre compte de sa démarche et de son positionnement**. Il faut expliciter le cheminement du travail qui traduit la volonté de faire comprendre au lecteur la démarche de la recherche : « *Est-on informé du “cheminement du terrain” ? Les décisions interprétatives prises au fur et à mesure sur le terrain sont-elles explicitées ?* » (Etc.) Olivier De Sardan JP *L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants* [En ligne] <https://www.anthropomada.com/bibliotheque/sardan.pdf>
- **Ethique** = être utile à ceux que l'on observe / ne pas leur porter tort / respecter la confiance des participants. Winance, M. et Fournier, C. (2016) . Chapitre 1. Jalons historiques pour comprendre les enjeux de la recherche qualitative. Dans Kivits, J., Balard, F., Fournier, C. et Winance, M. (dir.), *Les recherches qualitatives en santé.* (p. 24 -42). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.kivit.2016.01.0024>

Suivre les checklists ET se préoccuper de l'éthique.

Les sociologues (...) doivent anticiper et prévenir, autant que possible, les conséquences négatives que leur recherche pourrait avoir pour les personnes qui y participent. Ils ont cette responsabilité pendant qu'ils effectuent le travail de recherche et également après la fin de ce travail.

Les résultats des recherches sociologiques peuvent être d'intérêt public. Leur diffusion, qui découle du droit fondamental des gens à être informés, ne doit pas être empêchée. **Les chercheurs, cependant, doivent être conscients des dangers liés aux déformations, simplifications et manipulations de leur propre matériel de recherche, qui peuvent avoir lieu dans le processus de communication aussi bien individuelle que des mass media.** Les chercheurs doivent être capables, et ont le droit, **d'intervenir pour corriger toute interprétation tendancieuse ou mauvaise utilisation de leur travail.**

Anthropological Association, A.,
Présentation et traduction de
Lézé, S., et Fassin, D. (2013).
Code éthique. Dans D. Fassin et
S. Lézé La question morale. Une
anthologie critique (p. 578-592).
Presses Universitaires de France.
<https://doi.org/10.3917/puf.fassi.2013.01.0578>.

pour toutes les parties concernées.

2. Les chercheurs en anthropologie doivent faire tout ce qui est en leur pouvoir pour veiller à ce que leurs recherches ne portent pas atteinte à la sécurité, à la dignité ou à la vie privée des personnes avec qui ils travaillent, effectuent des recherches ou accomplissent d'autres activités professionnelles. Les chercheurs en anthropologie travaillant avec des animaux doivent faire tout ce qui est en leur pouvoir pour s'assurer que la recherche ne porte pas atteinte à la sécurité, au bien-être psychologique ou à la survie des espèces animales avec lesquelles ils travaillent.

3. Les chercheurs en anthropologie doivent déterminer à l'avance si leurs hôtes/informateurs souhaitent garder l'anonymat ou qu'il soit levé, et n'épargner aucun effort pour respecter cette volonté. Les chercheurs doivent présenter aux participants de leur recherche les conséquences possibles de ces choix, et préciser que, malgré tous leurs meilleurs efforts, l'anonymat peut être compromis ou sa levée peut s'avérer impossible à mettre en œuvre.

4. Les chercheurs en anthropologie doivent obtenir au préalable le consentement éclairé des personnes étudiées, des informateurs, de ceux possédant ou contrôlant l'accès au matériel étudié, ou des individus autrement identifiés comme ayant des intérêts qui pourraient être affectés par la recherche en question. Il est entendu que le degré et l'étendue du consentement éclairé requis dépendront de la nature du projet et peuvent être affectés par les exigences d'autres codes ou lois, ou de l'éthique de la communauté ou du pays dans lequel la recherche a lieu. En outre, il est entendu que le processus de consente-

CODE D'ÉTHIQUE DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE SOCIOLOGIE

Approuvé par le Comité Exécutif à l'automne 2001

Introduction

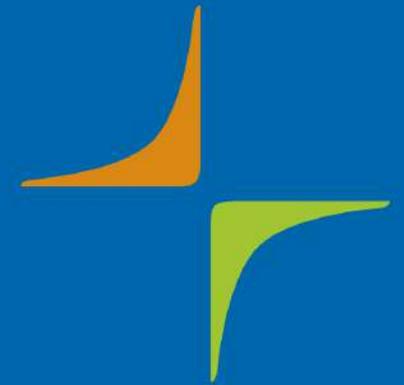
Le Code d'Éthique de l'Association Internationale de Sociologie consiste en un préambule et quatre séries de principes éthiques. Les membres qui adhèrent à l'AIS se compromettent à le respecter.

CHARTRE DE DÉONTOLOGIE (ASSOCIATION FRANÇAISE DE SOCIOLOGIE)

Préambule

L'objectif de cette charte déontologique est de présenter des principes qui guident l'action des sociologues membres de l'Association Française de Sociologie (AFS) dans leur activité de recherche, recherche-action, conseil, intervention, enseignement et formation. Elle vise en premier lieu à aider les membres de l'AFS à résoudre les problèmes déontologiques qui peuvent survenir lors de leur pratique professionnelle. Elle permet également d'expliquer les activités des sociologues aux participants à la recherche, aux commanditaires, aux médias et à un public plus large susceptible d'utiliser les résultats de la recherche en sociologie. Elle peut également être utilisée dans un but de formation et de débat avec des étudiants intéressés par cette discipline. La charte vise enfin à protéger le public et les sociologues contre les mésusages de la sociologie et contre l'usage de méthodes et techniques se réclamant abusivement de la sociologie.

Pour conclure



Dans tous les cas...

- La recherche qualitative nécessite des savoirs et des savoir-faire qui s'acquièrent avec le temps.
- *L'enquête de terrain (...) est aussi (...) une affaire d'apprentissage, au sens où un apprenti apprend avant tout en faisant. Il faut avoir soi-même mené des entretiens avec un guide préfabriqué de questions pour se rendre compte à quel point les interlocuteurs sont inhibés par un cadre trop étroit, ou trop directif.* J-P Olivier de Sardan, L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants, *Etudes et Travaux* n° 13, 2003 (en ligne).
- Pour s'entraîner : une formation « appliquée » (essai d'entretiens, d'observation, de focus groups) le 23 mai en présentiel au CHI Créteil, entre 10 et 15 places.
- Valerie.gateau@chicreteil.fr



Espaces Temps

La rigueur du qualitatif. L'anthropologie comme science empirique
Monsieur Jean-Pierre Olivier de Sardan

Citer ce document / Cite this document :

Olivier de Sardan Jean-Pierre. La rigueur du qualitatif. L'anthropologie comme science empirique. In: Espaces Temps, 84-86, 2004. L'opération épistémologique. Réfléchir les sciences sociales, pp. 38-50;

doi : <https://doi.org/10.3406/espato.2004.4237>

https://www.persee.fr/doc/espato_0339-3267_2004_num_84_1_4237

Fichier pdf généré le 14/05/2018





CHI de Créteil
40 avenue de Verdun
94000 Créteil

CHI de Villeneuve-Saint-Georges
40 allée de la Source
94190 Villeneuve-Saint-Georges

www.hopitaux-confluence.fr

MERCI



le cnam

GHU PARIS
ASSOCIATION DE
UNIVERSITAIRES