
Le choix entre les méthodologies de recherche qualitative et quantitative dans la recherche sur les systèmes de santé : un faux débat

Vincent De Brouwere¹ et Pierre Mercenier¹

Introduction

Une recherche particulière peut être définie par le recoupement de trois "typologies" : une typologie liée au champ ou domaine de recherche (e.a. médecine clinique, physique, parasitologie, systèmes de santé), une typologie liée à l'objectif (e.a. complément au corpus des connaissances, création de techniques ou de technologies, prise de décision), et une typologie liée aux méthodes employées (e.a. essai clinique "randomisé", recherche opérationnelle, recherche-action).

Le domaine de recherche qui nous intéresse dans ce chapitre concerne les systèmes de santé, et plus spécifiquement le système de santé de district.

Les objectifs jugés les plus utiles dans ce domaine ont trait à la prise de décision dans la gestion-planification du système de santé, et à la résolution des problèmes pratiques (WHO 1988; OMS 1990; Mercenier 1992a). Ces objectifs sont formulés en termes d'hypothèses à tester. Ces hypothèses sont appelées "prévisionnelles" ou "dynamiques" (Van Balen 1998).

¹ Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Antwerpen.

Le choix de la méthode est plus difficile. D'une part, parce que le domaine de la recherche sur le système de santé de district est relativement récent, l'expérience est encore modeste. D'autre part, parce que l'on se rend bien compte que pour mener une recherche sur un système complexe, ouvert, donc en changement, il est peut-être nécessaire d'utiliser plusieurs méthodes à la fois. Deux types de méthodologie peuvent servir de référence : la recherche opérationnelle et la recherche-action (Mercenier 1995).

La recherche opérationnelle, par sa modélisation mathématique, est quantitative. Elle ne conviendra donc qu'aux problèmes dont les données peuvent être l'objet d'une quantification prévisionnelle suffisante (Mercenier 1992b). Elle sera utilisée, par exemple, dans le domaine de la recherche verticale spécifique à la prise en charge d'un problème de santé (modèle conçu pour un programme de lutte contre la tuberculose (Piot 1967)), ou de la gestion hospitalière (optimisation de l'utilisation des blocs opératoires, optimisation du nombre d'unités de temps médecin et infirmière à la consultation de référence). Cette méthodologie ne tient pas compte des facteurs humains. Pour tenir compte de ces facteurs, un autre type de méthodologie est plus approprié : la recherche-action.

La recherche-action, qui implique l'engagement personnel des chercheurs dans le processus, est une méthodologie développée en sciences sociales pour tester des comportements hypothétiques, ou un modèle comportemental, lorsqu'on veut introduire des changements (Susman & Evered 1978). Dans le domaine de la recherche sur le système de santé de district, elle est de plus en plus utilisée dans une démarche plus globale de résolution de problème (Barnett & Abbat 1994; Collins & Barker 1995). Cette méthodologie est appropriée lorsque les changements à introduire dans le système nécessitent des modifications du comportement des acteurs concernés. Elle est difficilement quantifiable.

Décider du choix des méthodologies qualitatives ou quantitatives, et de leur équilibre, dépendra bien entendu du type de problème que l'on sou-

haite résoudre mais aussi du contexte dans lequel se déroule la recherche. Le propos de ce chapitre est de montrer que la difficulté réside moins dans le choix d'un type de méthodologie que dans la façon dont la recherche est initiée et mise en place avec l'aide de professionnels de la recherche.

Les étapes et les difficultés

FORMULER DES HYPOTHESES DE CHANGEMENT

Le point de départ d'une recherche sur le système de santé est souvent l'observation (qualitative) d'un dysfonctionnement du système par rapport à un modèle de référence qu'il convient d'explicitier (Van Dormael 1998).

La première étape consistera à documenter le dysfonctionnement. Il s'agit d'une étape descriptive dont l'objectif sera de formuler un "diagnostic" du dysfonctionnement suffisamment clair pour définir des hypothèses de changement, ou hypothèses "dynamiques", à tester dans la deuxième phase. Le protocole de recherche pour la première étape pourra faire appel à un mélange de méthodologies qualitatives (interviews d'utilisateurs, de professionnels de santé, analyse de représentations de la maladie, de la santé, des perceptions du système, du problème, par les acteurs) et de méthodologies quantitatives (analyse de l'utilisation des services, mesure de taux de détection, de taux de continuité, de flux de patients dans le système). Les thèmes, les services, les problématiques spécifiques à explorer dépendront bien entendu de la question de recherche. La difficulté qui se pose à ce niveau sera de maintenir la cohérence entre les différentes parties et surtout suffisamment de "ponts de communication" pour ne pas rater une opportunité de compléter nos connaissances du dysfonctionnement sous investigation.

Par exemple, dans une recherche sur l'utilisation des services de santé par les enfants au Maroc (INAS 1992), les chiffres montraient, pour un dispensaire, des taux d'utilisation très bas (0,05 nouveaux épisodes par an par

habitant), des taux de référence élevés (41%), et un faible pourcentage de patients référés compliants (30%). La partie "quantitative" de la recherche suffirait donc pour montrer une image d'un service de qualité médiocre. Cependant, pour pouvoir changer la qualité de ce service, plusieurs explications auraient pu être explorées. S'agissait-il d'un sous-enregistrement des cas ? La personnalité de l'infirmier était-elle en cause (faible compétence, faible acceptation par la population pour diverses raisons) ? Était-ce dû à la concurrence de médecins privés installés près du dispensaire ou d'alternatives de soins plus acceptables culturellement (guérisseur, infirmier privé) ? Quelles étaient les conséquences pour la population en cas de problème de santé grave ? Ces questions qui auraient pu être soumises à investigation ne l'ont pas été parce que l'enquête socio-anthropologique, dont le protocole s'intéressait essentiellement aux représentations de la santé par la population, avait été menée indépendamment de la partie d'analyse quantitative sur les flux des patients dans le système. L'intégration des deux approches dans le protocole général avait pourtant été planifiée mais cela n'a pas suffi pour éviter leur isolement.

TESTER LES HYPOTHESES

La deuxième phase de la recherche débute quand le diagnostic du dysfonctionnement a été fait et que des changements destinés à corriger les dysfonctionnements ont été décidés. Dans le cadre d'une recherche, ces diagnostics et ces décisions de changement(s) sont considérés comme des hypothèses à tester. L'objectif de la deuxième phase sera donc de les tester, c'est-à-dire de mesurer les effets des changements introduits.

La 'preuve' que les changements ont bien été dans le sens qui était désiré (par exemple, une amélioration de l'utilisation 'justifiée' du service de santé) peut être apportée par la comparaison des résultats quantifiés (ici, les taux d'utilisation pour des problèmes de santé jugés pertinents) de la pé-

riode avant les changements introduits avec ceux de la période qui a suivi ces changements.

Lorsque ces changements ne peuvent être mesurés directement, on peut avoir recours à des ‘indicateurs’, qui sont d’ailleurs définis comme “ des variables qui aident à mesurer les changements ” (WHO 1981b). Les caractéristiques de ces indicateurs (validité, spécificité, sensibilité) leur ont valu une certaine respectabilité scientifique (WHO 1981a). Et c’est peut-être là un danger. Les indicateurs ont l’avantage de donner une grandeur mesurable à un phénomène qui n’était pas forcément quantifiable au départ. Un indicateur ne mesure pas complètement la réalité complexe qu’il est censé représenter et les chiffres donnés par les indicateurs doivent être interprétés (subjectivement). Oublier cela c’est se donner l’illusion que parce que l’indicateur est chiffré (et donc ‘objectif’), ce qu’il représente l’est aussi.

On peut aussi avoir recours à une combinaison de méthodologies qualitatives (documentation rigoureuse du processus, analyse de l’évolution de la perception des acteurs en vue éventuellement de mieux définir les obstacles ou les facteurs favorisant les changements) et de méthodologies quantitatives (objectivation chiffrée de l’impact des changements).

La difficulté ici concerne surtout la documentation du processus. Cette phase exige en effet l’implication des acteurs concernés dans la recherche et aussi une compétence particulière dans le domaine des méthodologies qualitatives. Ce type de compétence ne se trouve pas habituellement au sein des équipes de district. Il faut alors faire appel à des ressources externes. Ces chercheurs externes apportent leur compétence spécifique; ils apportent aussi une distance vis-à-vis du processus en cours, ce qui est nécessaire. Mais la constitution d’une équipe mixte de chercheurs professionnels externes et d’acteurs, chercheurs internes au système, n’est pas exempte de dangers. D’une part, la participation de chercheurs professionnels n’est pas neutre. Ceux-ci ont leur propre “agenda” et leur propre définition des besoins en connaissances sur le système peut alourdir inutilement le protocole ou même le détourner de son objectif premier. Faire appel à plusieurs cher-

cheurs, une équipe dite multidisciplinaire, peut même aggraver le problème. Les professionnels ont tendance à établir des protocoles autonomes, qui peuvent être réalisés de façon indépendante. Or, dans ce type de recherche, la qualité des protocoles est surtout d'être complémentaires les uns aux autres, ce qui exige une vision globale de la recherche poursuivie. Ainsi, dans l'exemple mentionné plus haut (INAS 1992), beaucoup d'opportunités d'amélioration de la compréhension du cheminement des enfants ont été manquées parce que la partie socio-anthropologique de la recherche a été menée de manière indépendante. Cette difficulté est aggravée lorsque l'équipe de chercheurs locaux n'a pas laissé suffisamment mûrir la réflexion sur la problématique. Le risque est alors d'importer les soucis méthodologiques des chercheurs professionnels et leurs préjugés pour répondre à leurs propres besoins. Enfin, dans ce contexte, une recherche formelle, surtout si elle est initiée par une équipe de chercheurs externes, risque de déresponsabiliser l'équipe des acteurs locaux. Ne possédant pas les connaissances méthodologiques, ces derniers vont en quelque sorte se laisser envahir par les intérêts des chercheurs professionnels et si la négociation avec ceux-ci n'est pas organisée, ils risquent alors de 'subir passivement' une recherche dont ils se sentiront dépossédés. Le choix du professionnel va alors influencer de manière prépondérante l'approche. S'ils font appel à un sociologue, celui-ci va influencer l'approche vers les méthodologies qualitatives, qu'elles soient ou non adaptées à la problématique. Et inversement avec un épidémiologiste.

Conclusion

Entrer dans un débat opposant méthodologies qualitatives et quantitatives n'a que peu de sens, bien que la littérature nous y engage de temps à autre (Shadish 1995; Jones 1995). Il n'y a pas de débat parce qu'il n'y a pas de concurrence possible dans le domaine de la recherche sur les systèmes de santé : les méthodologies qualitatives et quantitatives sont complémentaires.

Toute recherche part d'une observation qualitative (une pomme qui tombe, un dysfonctionnement dans l'organisation d'un système) et elle devient de plus en plus rigoureuse quand il devient possible de quantifier le phénomène observé ou ses conséquences. Quantifier permet en effet d'objectiver et de comparer. Cependant, il y a des phénomènes qui ne se quantifient pas (les sentiments, les comportements,...), mais ils existent et refuser de les explorer, ou même seulement d'en tenir compte, reviendrait à nier une partie de la réalité... ce qui ne serait pas très scientifique.

Le développement des méthodologies qualitatives a permis d'explorer la partie du réel que nous ne pouvions pas explorer par d'autres méthodes (Pope & Mays 1995). Il n'est donc pas nécessaire de prouver que le qualitatif est aussi ou plus valide que le quantitatif, quels que soient les nouveaux critères choisis (Hamberg 1994; Mays & Pope 1995). Le résultat de toute recherche - et la recherche sur les systèmes de santé ne fait pas exception - est d'autant meilleur que le processus (matériel et méthode) aura été mieux précisé et que les résultats auront été mieux objectivés et quantifiés.

L'équilibre entre méthodologies qualitatives et quantitatives dépend principalement de leur pertinence par rapport à la problématique étudiée. Dans la recherche sur les systèmes de santé, le cadre de référence le plus important est le cycle de gestion-planification du système. La recherche opérationnelle, quantitative, reste tout à fait pertinente dans la mesure où elle contribue à formuler des hypothèses dynamiques qui seront testées par l'action qui en quelque sorte les validera. Mais le domaine dans lequel nous avons le plus à apprendre, lorsque nous devons initier des changements dans le système, concerne le comportement et la motivation des acteurs. C'est peut-être pour cette raison que la recherche-action semble l'outil le plus adapté aux questions de recherche actuelles sur les systèmes de santé.

Références

Barnett L & Abbat F (1994) *District action research and education*. Mac-Millan Press, London.

Collins C & Barker C (1995) Health management and action research : bringing them together for the district medical officer. *Tropical Doctor* **25**, 75-79.

Hamberg K, Johansson E, Lindgren G & Westman G (1994) Scientific rigour in qualitative research - examples from a study of women's health in family practice. *Family Practice* **11**, 176-181.

INAS (1992) Etude internationale sur la place et le rôle de l'hôpital et des structures périphériques dans la santé de l'enfant. Rapport de synthèse. Ministère de la Santé du Maroc, Rabat.

Jones R (1995) Why do qualitative research ? [Editorial] *British Medical Journal* **311**, 2.

Mays N & Pope C (1995) Rigour and qualitative research. *British Medical Journal* **311**, 109-112.

Mercenier P (1992a) A concept of health system research. In *Life sciences and technologies for developing countries : methodology and relevance of health systems research*. Research Reports. p.15-21. Contract holders meeting. Commission of the European Communities, Directorate General XII, Science, Research and Development. 8-10 April 1992. International Children's Centre, Paris.

Mercenier P (1992b) Consultation pour définir les priorités et un plan de recherche sur le système de santé. Rapport de mission. Institut de Médecine Tropicale, Antwerp.

Studies in HSO&P, 8, 1999, 218

Mercenier P (1998) La tradition - et le pouvoir des statuts - jouent-ils en faveur du blocage ou de la créativité ? In *Intégrations et Recherche*. Van Lerberghe W & de Béthune X Eds, *Studies in Health Services Organisation & Policy* 8, 19-24. ITGPress, Antwerp.

OMS (1990) Le rôle de la recherche en santé dans la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Recherche sur les systèmes de santé. A43/Discussions techniques/3. OMS, Geneva.

Piot M (1967) A simulation model of case finding and treatment in tuberculosis control programmes. WHO/TB/Techn. Information/67.53.

Pope C & Mays N (1995) Reaching the parts other methods cannot reach : an introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medical Journal* 311, 42-45.

Shadish WR (1995) The Quantitative-Qualitative Debates : 'DeKuhnifying' the Conceptual Context. [Guest editor's introduction]. *Evaluation and Program Planning* 18, 47-49.

Susman GI & Evered RD (1978) An assessment of the scientific merits of action research. *Administrative Science Quarterly* 23, 582-603.

Van Balen H (1998) Des points de rencontre entre recherche et gestion. In *Intégrations et Recherche*. Van Lerberghe W & de Béthune X Eds, *Studies in Health Services Organisation & Policy* 8, 179-194. ITGPress, Antwerp.

Van Dormael M (1998) De l'utilité d'un modèle de référence pour guider la recherche en systèmes de santé : Illustration à partir du modèle de référence du système de santé intégré. In *Intégrations et Recherche*. Van Lerberghe W & de Béthune X Eds, *Studies in Health Services Organisation & Policy* 8, 195-208. ITGPress, Antwerp.

WHO (1981a) Development of indicators for monitoring progress towards health for all by the year 2000. *Health for all Series 4*. WHO, Geneva.

WHO (1981b) Health programme evaluation. Guiding principles for its application in the managerial process for national health development. *Health for all Series 6*. WHO, Geneva.

WHO (1988) Workshop on Health System Research as a management tool. Kuala Lumpur, Malaysia, 8-12 December 1987. (WP) MRO/ICP/HSR/001-E. Regional Office for the Western Pacific of the WHO, Manila.