

En tant qu'enseignants-chercheurs conduisant des recherches qualitatives en santé, nous sommes régulièrement interpellés par des étudiants (en particulier pour des thèses de médecine générale) et des professionnels souhaitant mettre en œuvre une recherche qualitative dans le champ de la santé. Ces personnes souhaitent faire des entretiens qualitatifs, ont préparé un guide d'entretien et désirent une validation de ce guide ainsi qu'un avis sur la nécessité de retranscrire les entretiens ou non. Enfin, ils attendent une explication rapide et claire sur la manière d'analyser les données qualitatives, au moyen ou non d'un logiciel. D'eux et de leur recherche, nous ne connaissons au départ que peu de choses, au mieux le synopsis qu'ils nous ont tendu, où sont précisés en quelques lignes succinctes les objectifs de l'étude.

Nous leur posons alors quelques questions sur le contexte de leur recherche, les raisons du choix de ce thème, la signification de leur objectif, leurs connaissances préalables du sujet, les résultats de leur revue de la littérature (quand il y a eu revue...), les motifs pour lesquels ils s'orientent vers du qualitatif, pourquoi ils pensent que c'est un bon choix. Généralement, en répondant à nos questions, nos interlocuteurs s'interrogent sur les différentes dimensions de leur recherche, parfois avec alarme lorsqu'ils se rendent compte qu'ils n'y avaient pas pensé, que finalement l'objectif n'est pas si clair, qu'il subsiste en effet des zones non explorées, qu'un recours à une littérature de sciences sociales pourrait être enrichissant...

Au travers de ce questionnement, les apprentis chercheurs finissent, bien que tardivement pour certains mais jamais vainement, par s'engager dans un travail de problématisation. Cela débute par l'exploration d'un objet de recherche qui paraissait *a priori* immédiat et d'emblée saisissable. Cette exploration en début de travail de recherche s'avère une étape essentielle : c'est en malmenant, en interrogeant, en explorant son objet de recherche que celui-ci prendra sens, bénéficiera d'un nouvel éclairage, et s'inscrira – mais pas obligatoirement, c'est tout l'intérêt de l'exercice – dans une perspective de recherche qualitative.

Le processus de problématisation bénéficie pourtant d'une relative méconnaissance dans le champ de la santé. Cela peut probablement s'expliquer par la perception, encore largement partagée par les chercheurs issus des disciplines médicales, que les méthodes qualitatives sont de simples outils alternatifs aux outils quantitatifs pour le recueil de données. Les outils qualitatifs produiraient ainsi une description utile d'un phénomène : recourir au qualitatif permettrait de compléter, voire d'expliquer certains résultats non satisfaisants d'une recherche quantitative, ou de mieux illustrer certains résultats sans pour autant constituer une démarche de recherche en soi ou se substituer aux devis plus classiques, tel le *gold standard* que représente l'essai contrôlé randomisé (Pelaccia et Paillé, 2011 ; Tarquinio *et al.*, 2015). Cette conception de la recherche laisse peu de place à la problématisation qui ne peut alors s'afficher comme étape fondatrice de la recherche, voire qui devient accessoire.

Or, ces quinze dernières années ont vu un tournant s'opérer précisément grâce au recours plus fréquent aux méthodes qualitatives dans le champ de la santé : l'utilisation de ces méthodes s'est accompagnée d'écrits détaillant non pas les seuls aspects méthodologiques ou les techniques de recueil, mais bien la démarche scientifique qui amène au choix du qualitatif (Dixon-Woods *et al.*, 2004 ; Pope et May, 2006 ; Pelaccia et Paillé, 2010). Ces réflexions émanent tout autant des travaux de champs disciplinaires récents tels les sciences infirmières et les recherches sur les services de santé (Kivits *et al.*, 2013), que des sciences humaines et sociales prenant la santé comme objet d'étude (Herzlich et Pierret, 2010 ; voir aussi le

chapitre 1), ou encore des travaux entrant dans le cadre de l'évaluation en santé s'intéressant à la complexité des phénomènes à étudier (voir chapitre 16).

Leurs interrogations comportent une réflexion épistémologique sur l'utilisation des méthodes qualitatives et la démarche de recherche qui s'y accorde, éclairant ainsi les paradigmes correspondants, post-positivistes (Pelaccia et Paillé, 2011), constructivistes (Muchielli, 2005) ou pragmatiques (Creswell et Plano Clark, 2011). Ces écrits soulignent deux choses : d'une part, le choix d'une méthode de recherche n'est jamais neutre (Depeltau, 2013 ; Paugam, 2012), mais toujours orientée théoriquement, pratiquement voire politiquement ; d'autre part, dans le cadre de recherches qualitatives, le moment de dévoilement et d'explicitation des choix méthodologiques est à la fois préalable à l'entrée sur le terrain et permanent, accompagnant l'ensemble de la démarche de recherche, de la définition de la question à la diffusion des résultats.

Si problématiser, c'est « questionner la question », c'est donc aussi adopter une posture de recherche qui permet de s'inscrire dans une démarche fondamentale à tout devis qualitatif, et qui participe de sa rigueur (Olivier de Sardan, 2008). Cette posture de recherche, tout en étant caractéristique des sciences humaines et sociales, recouvre par ailleurs une actualité toute particulière dans le champ de la santé. En tant que démarche de recherche, le qualitatif constitue en effet un véritable apport pour les recherches en santé, porteur d'évolutions ou de transformations sociales, comme le montre l'histoire de ces méthodes (voir chapitre 1).

Ce chapitre définit dans un premier temps le processus de problématisation et ce que cela implique lorsque la recherche se déploie dans un contexte de santé. Une illustration du passage de la question à la problématique est ensuite proposée. Sont développés enfin les objectifs sous-jacents à ce processus (pourquoi problématiser : expliciter, ancrer, déplacer) et la manière de s'y prendre (comment problématiser : explorer, définir, conceptualiser).

1. La problématisation comme déconstruction et (re)construction de la question

La littérature offre différentes définitions de la problématisation. Lemieux définit l'« acte de problématiser en sociologie » comme « le fait de formuler une énigme ayant ceci de spécifique que sa réponse appelle nécessairement à la fois la construction d'un objet sociologique et une démarche d'enquête empirique » (Lemieux, 2012, p. 30). Pour Quivy et Van Campenhoudt, la problématisation prend corps après une étape d'exploration du thème de recherche par la définition d'une « problématique » : la problématique est « l'approche ou la perspective théorique qu'on décide d'adopter pour traiter le problème posé par la question de départ. Elle est l'angle sous lequel les phénomènes vont être étudiés, la manière dont on va les interroger. La problématique fait donc le lien entre un objet d'étude et des ressources théoriques que l'on pense adéquates pour l'étudier » (Quivy et Van Campenhoudt, 2006, p. 75). Pour ces auteurs, même s'il n'est pas encore question de « méthode », la problématisation est une étape préalable essentielle au choix méthodologique et à la construction du protocole d'enquête. La littérature anglo-saxonne, sans parler de problématisation, apporte des éléments complémentaires en caractérisant cette étape comme un moment d'adéquation entre la théorie et la méthode (Pope et May, 2006 ; Flick, 2009). Il est difficile de se fixer sur une définition plutôt qu'une autre. Nous emprunterons ainsi à un travail de réflexion interdisciplinaire la définition suivante : problématiser consiste « à “déconstruire” l'objet ou à opérer une “rupture épistémologique”, c'est-à-dire à identifier les opinions communes sur l'objet pour s'en distancier, puis à définir

l'objet dans une perspective de recherche, avec l'élaboration d'une problématique » (Kivits *et al.*, 2013). Déconstruire signifie interroger les différents termes du sujet pour montrer leur dimension construite, c'est-à-dire la manière dont le ou plutôt les sens qu'ils revêtent, résultent de divers « façonnages » qui sont le fruit des multiples travaux de recherches précédents, mais aussi des constructions sociales profanes souvent implicites (les préconceptions). La reconstruction est le fruit du travail de recherche dans la mesure où l'analyse du matériau doit permettre de produire une nouvelle compréhension du sujet. En matière de recherches qualitatives, reconstruire, c'est donc renouveler la compréhension d'un phénomène, en permettre une lecture différente, basée sur une approche empirique et compréhensive distanciée des préconceptions initiales.

Dans le cadre d'une méthodologie qualitative, problématiser implique de « faire un pas de côté », c'est-à-dire de prendre de la distance avec son sujet au moyen de la revue de littérature, tout en le scrutant au plus près au moyen d'un travail de terrain exploratoire nécessaire à la « reconstruction ». Il s'agit non seulement de révéler et de travailler sur les cadres théoriques qui fondent le questionnement mais également sur ses cadres pragmatiques et institutionnels. Les questions de recherche ne sont jamais univoques : elles incorporent tout à la fois un ensemble de présomptions théoriques, de sens commun et de connaissances populaires sur le sujet, de finalités pratiques, de préférences personnelles pour certaines méthodes et outils de recueil (Lemieux, 2012) ; elles peuvent également comporter des contraintes temporelles, institutionnelles, financières... Selon que la commande viendra d'une institution, d'une interrogation académique ou d'un cadre évaluatif, la distance à l'objet devra être adaptée en fonction du cadre de la demande ou commande initiale.

Dans le champ de la santé, l'étape de problématisation peut s'avérer complexe. Un cycle de séminaires visant à analyser les mécanismes à l'œuvre lors de la mise en place de recherches interdisciplinaires dans le champ de la santé (Kivits *et al.*, 2013), a révélé l'épreuve que peut constituer l'étape de problématisation : autour de la question initiale, claire au premier abord, doivent se retrouver des chercheurs issus de disciplines différentes, parfois praticiens ou patients, chacun des acteurs venant avec un bagage différent en termes de formation, ne partageant pas les mêmes connaissances de l'objet de recherche, ni nécessairement les mêmes attentes de la recherche... Dans le chapitre 15 de cet ouvrage, Jean-Christophe Mino illustre parfaitement ce temps de négociation, d'intercompréhension et de mise à niveau du questionnement autour de l'objectif de l'étude relatif aux décisions de limitations et d'arrêts des traitements en unités neurovasculaires. Lorsqu'elle est interdisciplinaire, la recherche en santé, qu'elle soit qualitative ou quantitative, ne peut en aucun cas faire l'économie de ce temps de déconstruction de l'objet de recherche, utile à toutes les personnes impliquées – parfois aussi pour les « non-chercheurs », cliniciens ou professionnels du social, de l'éducation, de la promotion de la santé... La déconstruction de l'objet est essentielle pour l'établissement d'une problématique commune et solide qui pourra servir de base à la construction du protocole et aux choix méthodologiques.

Au-delà des diversités disciplinaires, la complexité de l'étape de problématisation réside aussi dans la pluralité des cadres de réalisation de recherches qualitatives. Une recherche qualitative peut s'inscrire dans un cadre de recherche dite « fondamentale » visant avant tout la production de connaissances, telles les recherches conduites dans un contexte universitaire et académique où le lien avec la « pratique » peut être faible. Le temps de problématisation est alors souvent long et accepté comme étape en tant que telle de la démarche de recherche. Lorsque le qualitatif se déploie dans le cadre d'évaluations de programmes ou d'interventions comme illustré par les travaux de Loubna Belaid et collègues (chapitre 16), la problématisation peut être plus

compliquée. D'une part, les contraintes temporelles peuvent être fortes (on ne dispose que de quelques mois, voire de quelques semaines) ce qui tend à réduire la phase d'exploration ; d'autre part, les contraintes peuvent être liées à la difficulté d'accès aux « connaissances » : par exemple, l'accès aux bases de données bibliographiques est souvent réservé aux institutions universitaires. Parfois même, la déconstruction peut représenter pour le commanditaire une démarche « politiquement incorrecte » dans la mesure où elle vient (re)mettre en question le bien-fondé de la démarche et de l'action proposée. Ce peut être le cas par exemple des actions de prévention et d'éducation à la santé qui, si elles ne passent pas par la phase de problématisation/déconstruction, peuvent involontairement, par leurs effets induits d'injonctions aux bonnes pratiques, engendrer de la stigmatisation et renforcer les inégalités sociales de santé. La phase de problématisation est donc une étape de la recherche « sous contraintes » (pratiques, théoriques, politiques) durant laquelle le chercheur, professionnel ou étudiant, doit stabiliser sa posture et son approche du sujet.

Les cas de figure évoqués (évaluation, commande institutionnelle, questions d'acteurs) font d'ailleurs, selon Pope et May (1995), la caractéristique de la recherche qualitative en santé : ils évoquent la nature « appliquée » (« *applied nature* ») de ce type de recherche, renvoyant au dialogue nécessaire entre données de recherche et problématiques de terrain. La demande émanant du terrain devenant objet de recherche est un cas fréquent en santé et cela peut être déroutant, tant du point de vue du demandeur que du point de vue du chercheur. Si les chercheurs en sciences humaines et sociales sont généralement habitués à déconstruire leur objet de recherche, les chercheurs issus de la santé sont moins familiers de cette démarche.

2. Problématiser un sujet : une illustration

Passer d'une question ou un sujet de recherche à une problématique constitue ainsi une étape particulièrement critique pour le chercheur, voire inconfortable dans la mesure où elle nécessite une (re)mise en question de l'intégralité des termes du sujet, alors même qu'il avait commencé à construire son protocole d'enquête. Il s'agit, quelles que soient les conditions du démarrage de la recherche, que les concepts que porte leur sujet soient interrogés et révélés. C'est à partir du moment où le chercheur commence à questionner les termes de son sujet qu'il s'engage concrètement dans une démarche de problématisation et qu'il s'aperçoit bien souvent que la simplicité avec laquelle il avait envisagé de conduire sa recherche n'était qu'apparente.

Prenons un exemple concret, celui d'une recherche sur le suicide des personnes âgées [1]. *A priori*, l'objectif de la recherche peut être formulé de manière très simple : comprendre les causes et les motifs de suicide de la personne âgée. Pourtant, chacun des mots du sujet implique une nécessaire déconstruction qui sera réalisée au moyen de la revue de la littérature, mais également à partir des données recueillies sur le terrain dans une perspective exploratoire.

2.1. Déconstruction des notions clés du sujet

Commençons par le sujet central de la recherche : le suicide. Le terme appartient au langage courant et tout le monde est susceptible d'en donner une définition simple, du type « acte qui consiste, pour une personne, à se donner volontairement la mort ». Durkheim en donne la définition suivante : « On appelle suicide tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait produire ce résultat. La tentative, c'est l'acte ainsi défini, mais arrêté avant que la mort en soit résultée » (Durkheim, 2007, p. 5).

En précisant « acte positif ou négatif », Durkheim nous conduit à réfléchir aux suicides que d'autres chercheurs qualifient de « passifs » (Charazac, 2014), comme l'absence d'action face à une situation dont on sait qu'elle va nécessairement conduire à la mort. C'est le cas par exemple des personnes qui refusent de s'alimenter ou qui refusent des soins indispensables à leur survie. Pour autant, ces comportements, dont on sait qu'ils sont fréquents, ne sont pas comptabilisés dans les statistiques du suicide.

- *Le chercheur doit-il considérer ces comportements dans sa recherche ?*

Durkheim parle de tentative de suicide comme un acte inabouti mais dont la finalité était la mort. Or, certaines approches (Evans et Farberow, 1988) incluent dans leur définition de la tentative de suicide, le comportement suicidaire (comportement autodestructeur indirect) ce qui conduit à associer les conduites à risques et certaines pratiques telles que l'automutilation.

- *Dans le cas du suicide des personnes âgées, quelle définition de la tentative de suicide le chercheur doit-il retenir (acte opéré avec la mort comme visée ou conduite à risque) ?*

Évidemment, en fonction des profils des enquêtés (médecins, psychologues, proches du suicidé, personnes ayant effectué une tentative de suicide...) qui seront rencontrés dans le cadre d'entretiens exploratoires, il est probable que les réponses apportées à ces questions divergent. Pour autant, c'est tout un pan de la problématique qui est en train de se construire et c'est à partir de là que le chercheur pourra orienter sa réflexion et envisager la mise en œuvre de son protocole d'enquête.

2.2. Déconstruction des préconceptions relatives aux enquêtés

Continuons notre réflexion avec les termes « personnes âgées ». La sociologie du vieillissement a montré la dimension construite de l'âge.

- *De quelles personnes âgées parle-t-on ? Les plus de 60 ans ?*

Dans ce cas, nous regroupons dans une même catégorie d'âge des personnes ayant potentiellement 60 ans d'écart (puisque la doyenne de l'humanité a atteint 122 ans). Cela a-t-il du sens pour notre recherche ? Un regard sur les données épidémiologiques nous révèle que par tranche d'âge de 10 ans, les taux de suicides observés les plus importants sont ceux des personnes de 95 ans et plus (69.9/100 000 quand la moyenne nationale est de 16,7/100 000) (ONS, 2016). Le taux de suicide des 75 ans et plus est de 39.84/100 000.

- *À quelle classe d'âge doit-on s'intéresser pour notre recherche ? Faut-il reprendre les regroupements statistiques, basés sur l'âge chronologique ?*

2.3. Déconstruire pour repositionner l'objectif de la recherche

Cela nous conduit au troisième point qui interroge l'objectif initial de la recherche : la compréhension des motifs et des causes de suicide. Nous aurions pu également ajouter « identifier les facteurs de risques » du suicide. Les termes de « motifs », « causes » et « facteurs de risques » sont des notions différentes. Le facteur de risque revêt une dimension

statistique, il s'agit des éléments (tentative de suicide, dépression, sentiment de solitude...) qui, s'ils sont avérés, augmentent la probabilité de suicide. Ainsi, si avoir déjà effectué une tentative augmente le risque de suicide accompli, la tentative de suicide ne peut pour autant constituer un motif ou une cause de suicide.

Pour autant, certains facteurs de risque sont également considérés comme des causes (certes pas univoques) de suicide (c'est le cas de la dépression) ou des motifs de suicide (sentiment de solitude).

- *Le chercheur doit donc s'interroger sur ce qu'il cherche réellement à comprendre.*

S'il s'agit des facteurs statistiques qui augmentent les probabilités pour une personne âgée de se suicider, alors une méthodologie qualitative apparaît peu appropriée. S'il s'agit de comprendre les motifs, au sens des raisons qui expliqueraient, du point de vue de la personne suicidée, la volonté d'avoir mis fin à ses jours, se pose alors la question du bon informateur. Doit-on interroger des personnes âgées ayant fait une tentative de suicide ? Cela postule que les personnes suicidées et ayant fait une tentative (les suicidants) seraient « comparables » ? Ce n'est peut-être pas le cas, de même que les « suicidaires » (personnes exprimant leur volonté de se suicider) constituent également une autre catégorie d'informateur. Doit-on interroger les proches du défunt et si oui, lesquels sont les mieux placés pour en parler ?

Enfin, si le chercheur s'intéresse aux causes, il lui faudra faire la part des choses entre des causes qualifiées par la littérature de « sociales » (la désaffiliation, le défaut d'intégration...), celles plus individuelles (l'effondrement du moi...) et celles qui articulent ces deux dimensions (suicide par anticipation...).

À travers cette brève illustration sur le sujet du suicide des personnes âgées et sans mobiliser de données provenant d'entretiens exploratoires, nous avons tenté de montrer qu'un sujet, *a priori* simple à exposer, s'avère complexe lorsque l'on entreprend une démarche de problématisation. Pour autant, c'est cette démarche qui permettra, par la suite, au chercheur de construire son protocole de recherche.

3. Pourquoi problématiser ? Expliciter, ancrer, déplacer

Revenons à une question souvent posée par les étudiants : à quoi tout cela sert-il ? En quoi cette étape, aux contours flous, qui plus est chronophage et qui a pour effet immédiat d'« embrouiller » le chercheur, est-elle utile à la recherche ? La problématisation est essentielle à trois titres : elle explicite le processus de la recherche ; elle ancre la recherche dans un corpus de connaissances ; elle déplace le questionnement.

3.1. Expliciter

La problématisation permet l'explicitation fouillée du processus de recherche : de la question initiale que l'on va détricoter jusqu'au choix de la méthode de collecte, pour en arriver au choix de la méthodologie d'analyse. Le chercheur ne cesse, tout au long du processus, d'opérer un certain nombre de choix tant théoriques que pratiques qu'il se doit d'argumenter et donc de rendre transparents. L'enjeu est d'une part de dissiper le « flou du terrain » (Olivier de Sardan, 2008). Cela ne constitue en rien une mise en danger de la recherche mais au contraire sa consolidation par l'argumentation des choix théoriques et méthodologiques qui l'accompagnent

tout du long. Cette explicitation permanente est le garant de la rigueur attendue de tout travail de recherche. D'autre part, l'explicitation permet d'assurer la cohérence de la recherche. Il s'agit en effet, par ce processus, de garantir l'adéquation entre les données collectées et analysées, et la problématique. Tout au long de la recherche, le chercheur doit, dans le cadre d'une démarche itérative (voir chapitre 10), interroger la manière dont le matériau collecté est susceptible de réorienter la problématique.

S'interroger sur ce qui est attendu permet d'orienter au mieux le déroulé méthodologique et de s'épargner de mauvaises surprises : des données certes intéressantes mais qui ne répondent pas à la question posée, car non problématisée. Si cette cohérence prend son sens du point de vue du chercheur, elle doit aussi être intelligible pour les personnes à l'origine de la demande ou qui s'intéressent aux résultats, et qui n'ont pas participé à l'ensemble de la démarche de recherche.

Explicit, c'est enfin et surtout établir une relation, une liaison claire, entre la question posée, la méthode et les outils de recueil et d'analyse de données, et les résultats présentés jusqu'à leur diffusion. La recherche qualitative doit s'apprécier comme un processus circulaire dessinant un mouvement perpétuel de va-et-vient entre les différentes étapes de la recherche (Flick, 2009). La liaison entre les différentes étapes de la recherche se doit d'être explicite : pour le chercheur d'une part qui doit savoir à tout moment les raisons qui l'ont amené à faire tel ou tel choix, à opter pour telle ou telle solution méthodologique, à privilégier tel ou tel concept... Mais également pour l'observateur intéressé par la recherche qui doit être en mesure de saisir les fondements de l'argumentation et des interprétations livrées par le chercheur.

Bien que cela soit plus rare dans le champ de la santé, certains chercheurs développent leur recherche de manière purement inductive. Il s'agit alors de se confronter au terrain, de collecter les données disponibles puis de s'interroger sur ce que ces données font émerger comme problématique. Cette démarche, fréquente en anthropologie, est celle qui a été opérée par Masson dans le cadre de sa recherche sur les données des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (Masson, 2011). Cette démarche de confrontation initiale au terrain correspond aujourd'hui davantage à ce qui est considéré comme une phase exploratoire de la recherche (nous y reviendrons dans la dernière partie de ce chapitre).

3.2. Ancrer

La problématisation permet de s'inscrire dans un corpus de connaissances. Il s'agit de se situer au sein des recherches existantes sur le sujet. Trop souvent, le chercheur a tendance à considérer son sujet comme original, innovant, peu, voire pas du tout, exploré... Un détour par la littérature permet de recadrer un positionnement qui ferait trop peu de cas de l'existant. Cela passe principalement par les revues de la littérature et les recherches documentaires. La difficulté dans le champ de la santé est que les connaissances à disposition sont bien souvent multidisciplinaires. Le chercheur en SHS ne pourra pas faire l'impasse d'une recherche sur des bases de données biomédicales ou « de santé », tout comme le chercheur biomédical devra oser interroger des bases bibliographiques en sciences humaines et sociales ; pour l'un et l'autre, il y aura un temps d'adaptation et d'effort de compréhension vis-à-vis d'un langage disciplinaire pas toujours intelligible, pour qui n'y est pas familier.

Si l'ancre se fait essentiellement au travers d'un travail de recherche bibliographique, il peut également passer par l'échange avec d'autres chercheurs de disciplines différentes ayant travaillé sur le sujet, afin d'exposer son objet de recherche à d'autres regards. Le but n'est en

aucun cas d'invalider une question de recherche mais bien de lui trouver un ancrage solide, grâce à des éclairages nouveaux, passant bien souvent, dans le champ de la santé, par des connaissances interdisciplinaires.

Ce faisant, on interrogera tant les fondements théoriques de l'objet de la recherche, les approches généralement adoptées (et on tentera de comprendre ces choix), les contributions potentielles que la recherche pourrait avoir sur l'état actuel des connaissances, mais également – quand cela est opportun – les implications pratiques envisageables. Il s'agit ainsi de dire et montrer l'originalité de la recherche : en quoi l'étude réalisée contribue-t-elle au développement du corpus actuel de connaissances et de quelle manière ?

3.3. Déplacer

La problématisation est enfin le temps du déplacement. C'est le moment où tout est permis... Puisqu'il est question de déconstruire l'objet, autant profiter de cette mise à nu et de la phase de reconstruction pour s'affranchir d'un certain nombre de codes, éviter de se cantonner à sa seule discipline et à ses pratiques codifiées, restreignant souvent l'horizon de l'objet de recherche. Il s'agit bien de déplacer cet objet dans d'autres cadres compréhensifs. Cela repose sur le travail de littérature ainsi que sur la phase exploratoire du travail de terrain au moyen d'entretiens exploratoires ou d'observations flottantes. Cette entrée sans précaution sur le terrain déroute souvent dans le champ de la santé : si l'intérêt de conduire des entretiens exploratoires afin de tester un guide d'entretien est souvent compris, l'invitation à recueillir des données alors même que la revue de la littérature n'est pas finie, que les objectifs ne sont pas finalisés, qu'il existe encore des zones d'ombre sur tel et tel aspect, est reçue avec méfiance ou étonnement en raison d'une difficulté à sortir d'une représentation séquentielle du processus de recherche et de s'approprier une démarche inductive et itérative.

Ainsi, il nous arrive fréquemment d'inciter les médecins ayant à préparer leur thèse d'exercice à en parler à leurs collègues, leurs patients ou autres personnes susceptibles d'être concernées par le sujet. Cette démarche vise à leur faire saisir la nécessité de se décenter par rapport à la manière dont ils ont pensé leur sujet. Cela doit leur permettre de le penser autrement, de manière moins convenue et plus ouverte. Dans les étapes de la recherche que présentent Quivy et Van Campehoudt (2006) et détaillées ci-après, les entretiens exploratoires relèvent du même esprit, tout en proposant un cadre plus formel : conduits simultanément aux lectures, ils permettent la « rupture » attendue.

Le déplacement en problématisation nécessite de s'accorder un moment de souplesse afin d'explorer toutes les pistes – théoriques, pratiques, méthodologiques... – menant à l'architecture la plus solide de l'objet étudié.

4. Comment problématiser ? Définir, explorer, conceptualiser

Alors, comment faire ? L'exemple donné ci-dessus, concernant la problématisation du suicide des personnes âgées comme sujet de recherche, montre que d'une question simple émerge un ensemble de questionnements que le chercheur se doit de traiter. Proposer un modèle à suivre pour problématiser relève cependant de la gageure : les abords sont divers dans les manuels en SHS, et encore peu développés en santé. Il est possible néanmoins d'identifier des phases clés qui viennent jalonner le travail de problématisation. Afin de rendre concrète l'étape de

problématisation, nous livrons une proposition, elle-même inspirée de deux modèles de problématisation : celui de Quivy et Van Campenhoudt (2006), dont le manuel est bien connu des chercheurs en SHS et détaille les différentes étapes d'une recherche en sciences sociales (qui peut ne pas être qualitative) ; et celui de Flick (2009) dont le manuel est une introduction à la recherche qualitative – quelle que soit la discipline – et a l'avantage de proposer des exemples issus du monde de la santé. La première proposition correspond au monde des SHS et par son approche pédagogique est inspirante pour d'autres traditions disciplinaires ; la seconde se centre sur la recherche qualitative en tant que telle, en scrutant les différents aspects épistémologiques, méthodologiques et de diffusion qui la fondent.

La problématisation repose sur trois actions, interdépendantes, qui vont servir à la déconstruction de l'objet et mener à sa construction en « problématique de recherche ». Ces trois actions sont la définition de la question, l'exploration et la conceptualisation. Elles sont présentées successivement, mais doivent être comprises comme s'enchevêtrant et liées les unes aux autres.

4.1. Définir

En introduction du chapitre, nous prenions notamment l'exemple des médecins généralistes face à leur sujet de thèse. Le contexte amène souvent ces étudiants à formuler rapidement un objectif et/ou une question – tout comme nombre d'étudiants en master ayant quelques mois pour approfondir un sujet, ou encore lorsque des professionnels ont à mener des évaluations dans un laps de temps restreint. L'illustration du sujet portant sur le suicide des personnes âgées montre un contexte temporel plus favorable à la déconstruction et construction du sujet de recherche. Quelles que soient les difficultés et contraintes particulières à la recherche, il est important de consacrer du temps à en définir précisément les termes.

Prenons l'exemple d'une étude sur les représentations des médecins généralistes autour du développement de la télémédecine en Lorraine, sujet d'une thèse de médecine générale (Durupt *et al.*, 2016). Que cherche-t-on exactement ? Que met-on derrière le terme « représentations » ? Cela relève-t-il des « représentations sociales », notion consacrée en sociologie et psychologie de la santé renvoyant à des cadres théoriques bien précis ? Ou bien simplement, est-il question de connaître les opinions et les avis des médecins généralistes sur cette question ? Il est probable que l'étudiant ait à se plonger dans une littérature moins familiale, en psychologie ou sociologie... Et c'est après avoir pris connaissance – dans la littérature, en échangeant avec des chercheurs – de ce à quoi renvoie la notion, que l'étudiant pourra définir « représentations » dans le cadre précis de sa recherche. Dans notre cas, le travail de littérature, mais aussi les discussions avec l'étudiant et son maître de stage, ont permis de mieux définir le sujet, qui relevait non pas des « représentations sociales », ni seulement de l'« opinion », mais plutôt des « perceptions » qu'ont les médecins de la médecine. Par ailleurs, qu'entend-on par télémédecine ? L'acte médical tel qu'inscrit dans la loi française ? Une médecine « à distance » ? La médecine personnalisée ? L'utilisation d'un dispositif technologique innovant (ne correspondant pas nécessairement à un acte médical) ? Des recherches documentaires dans la littérature grise (textes législatifs, institutionnels, rapports de sociétés savantes...) peuvent s'avérer utiles, tout comme une recherche dans les bases bibliographiques – francophones et anglophones – en santé, où des exemples de déploiement de dispositifs de télémédecine et leur appropriation par les professionnels de santé ont pu être étudiés. Dans cet exemple concret, il s'est agi d'étudier plus spécifiquement l'acte de téléconsultation, inscrit dans la loi française comme une des modalités possibles de la télémédecine. La littérature sociologique a quant à elle orienté le regard de recherche vers

l'impact de la télémédecine sur la relation de soins (Mathieu-Fritz et Esterle, 2013), ce qui a conduit à garder le terme représentations mais en l'accompagnant du terme « expérience » qui s'est avéré tout aussi central pour la conduite de la recherche.

On le comprend, une question simple peut – doit – être déconstruite pour s'assurer des idées, notions, termes qui orienteront le terrain de recherche. Parler de représentations, ce n'est pas que lister les freins et les leviers : même si l'un peut éclairer l'autre, les choix méthodologiques ne seront probablement pas les mêmes. Il convient donc d'être le plus clair possible dès le départ sur ce que l'on cherche. Définir se fait en parallèle de l'exploration de la thématique de recherche.

4.2. Explorer

Problématiser passe par l'exploration du sujet. Quivy et Van Campenhoudt (2006) en font une étape essentielle, partagée entre les lectures et les entretiens exploratoires. Il s'agit, pour ces auteurs, d'explorer la question de départ, exploration passant par une revue de la littérature, ainsi qu'une exploration de terrain : des entretiens, des observations... doivent permettre, en lien avec les lectures, de revoir la question de départ et de mobiliser les concepts adéquats.

La revue de la littérature, quelle que soit sa forme – systématique ou non – permet d'en savoir le plus possible sur la thématique. Les revues peuvent emmener très loin, il convient donc d'en délimiter le périmètre, notamment en lien avec la phase de définition de la question. Ce périmètre est celui de la ou des disciplines qu'il convient d'inclure pour explorer la thématique et une meilleure connaissance du sujet de recherche. Dans le cas évoqué autour de la télémédecine, le chercheur a pu par exemple mettre de côté les publications venant de l'informatique médicale, la définition des termes l'orientant davantage vers des disciplines de SHS et la santé publique.

Explorer peut aussi passer par des entretiens ou observations préalables, libres et ouverts dans leur format afin de récupérer des éléments informant la thématique. Dans le cas de l'étude sur la télémédecine, cela a consisté à rencontrer des médecins généralistes, leur poser quelques questions, saisir les expériences, s'en faire une première impression, la confronter à la littérature, mais aussi aux définitions de la question... L'approche se doit d'être flexible et la plus ouverte possible, voire naïve : il s'agit de s'imprégner du terrain tel qu'il apparaît au chercheur, brut et dépouillé de tout travail interprétatif... Cette imprégnation va aider le chercheur à définir sa question et l'informer sur des orientations théoriques possibles et des pistes méthodologiques pour le travail empirique qui s'accompagnera, par la suite, d'une approche plus systématique et rigoureuse.

4.3. Conceptualiser

Le troisième temps est celui de la conceptualisation. Par conceptualisation, il est entendu la mobilisation de concepts théoriques clés qui permettent de porter un éclairage spécifique sur la question posée. Flick donne l'exemple d'une étude sur le travail de consultance (Flick, 2009, p. 158) : le concept de « confiance » semble pertinent à mobiliser pour comprendre par exemple la relation consultant-client. L'exemple proposé par Flick pourrait être transféré à une situation, même routinière, de rencontre entre un professionnel de santé ou une organisation de santé, et un patient ou un individu bien-portant : le concept de confiance peut être mobilisé pour expliquer les conditions de la rencontre. Ce travail de conceptualisation, s'il se fait après la

formulation initiale de la question, doit cependant permettre une reformulation à la fois de la question générale et des questions spécifiques.

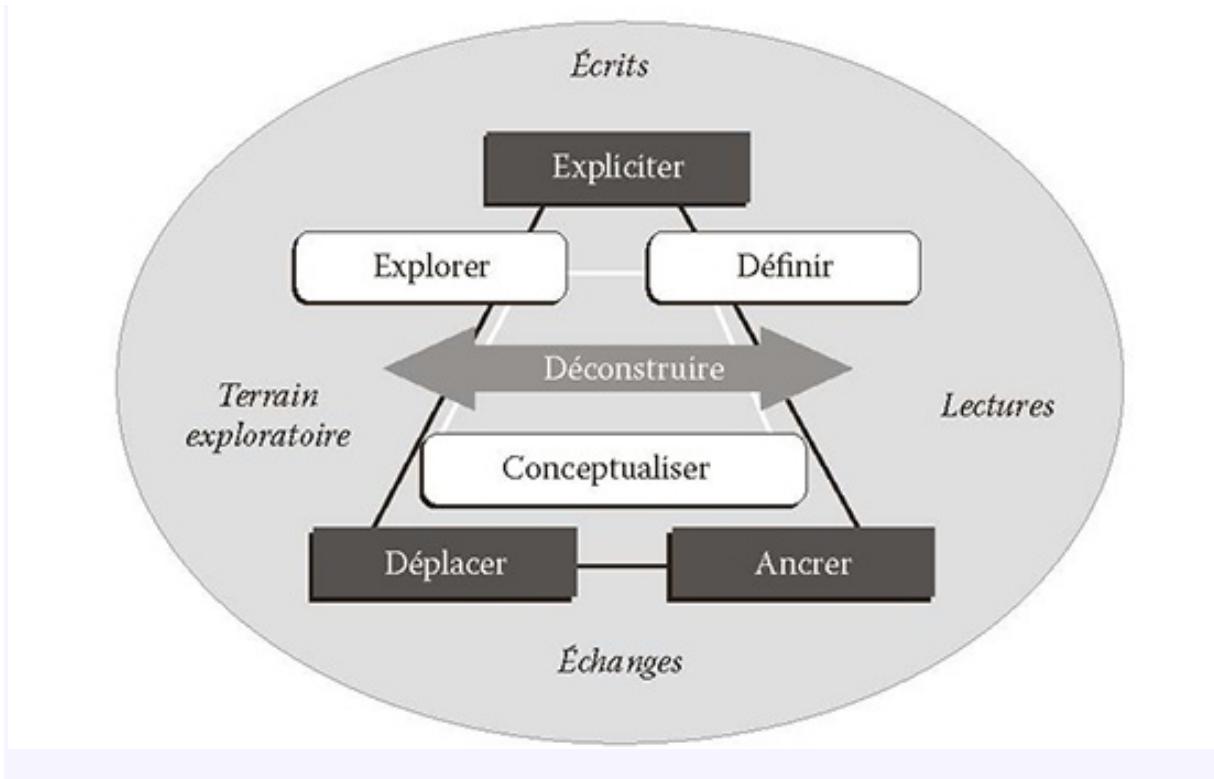
Reprenons l'exemple de l'étude sur la télémédecine. La question initiale était descriptive : que pensent les médecins généralistes exerçant en zones rurales de la télémédecine ? Le travail de définition et d'exploration a permis d'orienter le questionnement vers les perceptions et les expériences de ces médecins généralistes, face à l'acte précis qu'est la téléconsultation. Après la réalisation d'un focus groupe pilote, il s'est avéré que la relation médecin-patient était centrale : d'une part, était exprimée la crainte d'une déshumanisation de la relation ; d'autre part, était dénoncée une relation perturbée par un tiers distant et autoritaire (car non choisi, imposé aux professionnels) que représentait la télémédecine pour les médecins rencontrés. Des lectures supplémentaires et des échanges avec une équipe en sociologie ont permis d'éclairer théoriquement le phénomène : ainsi, la littérature récente sur les transformations actuelles de la relation du patient au professionnel de santé a guidé la suite de la recherche : le concept de relation médecin-patient a été mobilisé, tant dans la conduite des focus groupes suivants que dans l'analyse et l'interprétation des données.

Conclusion

La figure 1 synthétise l'étape de problématisation en regroupant dans un même ensemble les différents objectifs et actions la composant : expliciter, ancrer, déplacer, et ce en définissant, explorant et conceptualisant. Les lectures, les échanges et le terrain exploratoire (observations, entretiens...) sont les outils à disposition du chercheur. Nous ajoutons les « écrits » : écrire ou rédiger, peu importe la forme (comptes rendus, journal de bord, ébauche de rapport...), est un processus continu venant sous-tendre et rythmer la problématisation. Ces écrits permettent à la fois de garder en mémoire le développement du questionnement et de favoriser une posture réflexive, en revenant, lors des étapes ultérieures de recueil et d'analyse des données, mais aussi de diffusion des résultats, sur les interrogations initiales qui ont fondé la recherche, et les raisons qui ont permis d'orienter la recherche dans telle ou telle direction.

Figure 1

Objectifs et actions de la problématisation



Problématiser, oui mais...

Il nous est arrivé d'entendre, lorsque nous proposions ce travail de problématisation, que l'étude en question ne relevait pas de la sociologie et que le schéma réflexif proposé n'était pas adapté au questionnement. Si dans le champ de la santé, les méthodes qualitatives ne sont pas nécessairement mises en œuvre par des chercheurs en sociologie, il n'est pour autant pas possible de s'affranchir de certaines démarches intrinsèques à la recherche qualitative. Il nous semble ainsi important d'apporter deux éléments de réponse.

Premièrement, la problématisation est inhérente à toute démarche scientifique, quelles que soient la discipline, l'approche et la méthode – déductive ou inductive, quantitative ou qualitative. Il est vrai que les sciences humaines et sociales y accordent une importance particulière. Mais si le recours aux méthodes qualitatives issues des SHS a éclairé l'importance de la problématisation, on peut affirmer que l'exploration du questionnement, le travail autour de la définition de l'objet de recherche, le recours à la théorie... est constitutif de toute démarche de recherche.

Une autre réponse peut être proposée : selon le cadre de développement de la recherche et selon sa finalité (recherche, évaluation, étude de terrain, commande institutionnelle...), l'étape de problématisation sera plus ou moins approfondie. Si tout chercheur s'engageant dans une démarche de recherche qualitative n'a pas vocation à devenir sociologue – la discipline d'origine doit être ici défendue –, il ne peut cependant s'affranchir de ce qui en constitue les fondements historiques (voir chapitre 1) et de ce qui en fait la rigueur. Ce sera donc au chercheur d'estimer l'importance qu'il accordera à la problématisation, en fonction du contexte dans lequel il évolue. Mais, quel que soit son choix, cette étape ne pourra être balayée, tant elle est inhérente au terrain qualitatif.

Pour conclure ce chapitre, nous citerons Singly pour qui « Ce qui est souhaitable avant de décider de lancer tel ou tel type d'enquête, c'est de savoir quels sont les objectifs. [...] Le critère du bon choix, pour nous, est la cohérence entre les deux niveaux, celui de la vision théorique (métathéorique, plus précisément) et celui de la méthode de recueil de données » (Singly, 2005). Ainsi, ce chapitre sur la problématisation, en montrant la place centrale qu'elle occupe dans le processus de recherche, rappelle que le choix d'une méthode n'est jamais indépendant ou évident : il dépend étroitement de la problématisation.

Références bibliographiques

- CHARAZAC-BRUNEL M. (2014), *Le suicide des personnes âgées*, Paris, Erès.[Consulter sur Cairn.info](#)
- CRESWELL W. J., PLANO CLARK L. V. (2011), *Designing and conducting mixed methods research*, 2^e édition, Thousand Oaks, Sage Publications.
- DÉPELTEAU F. (2013), *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*, 2^e édition, Bruxelles, De Boeck.
- DIXON-WOODS M., SHAW R. L., AGARWAL S., SMITH J. A. (2004), “The problem of appraising qualitative research. Quality and Safety in Healthcare”, *Quality and Safety in Health Care*, 13: 223-5.[Consulter](#)
- DURKHEIM É. (2014), *Le suicide*, Paris, Flammarion.
- DURUPT M., BOUCHY O., CHRISTOPHE S., KIVITS J., BOIVIN J.-M. (2016), « La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes », *Santé publique*.[Consulter sur Cairn.info](#)
- EVANS G., FARBEROW N. (1988), *The Encyclopedia of Suicide. Facts on File*, Library of Congress, USA.
- FLICK U. (2009), *An introduction to qualitative research*, 3^e édition, Thousand Oaks, Sage Publications.
- HERZLICH C., PIERRET J. (2010), « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, vol. 51, n° 1, p. 121-148.
- KIVITS J., FOURNIER C., MINO J.-C., FRATTINI M.-O., WINANCE M., ROBELET M., LEFÈVE C. (2013), « Jalons pour une recherche interdisciplinaire en santé et en

sciences humaines et sociales : apports d'un séminaire de recherche », *Santé publique*, vol. 25, n° 5, p. 579-586. [Consulter sur Cairn.info](#)

- LEMIEUX C. (2012), « Problématiser », in PAUGAM S. (dir.), *L'enquête sociologique*, 2^e édition, Paris, PUF, p. 27-51.
- MASSON P. (2011), « La prescription des médecins généralistes : conflits entre la profession médicale et l'assurance maladie », *Sociétés contemporaines*, 83, p. 33-57.
- MATHIEU-FRITZ A., ESTERLE L. (2013), « Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. Coopération interprofessionnelle et délégation des tâches », *Revue française de sociologie*, vol. 54, n° 2, p. 303-329. [Consulter sur Cairn.info](#)
- MUCCHIELLI A. (2004), « Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains », *Recherches qualitatives*, hors-série, n° 1.
- OLIVIER de Sardan J.-P. (2008), *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socioanthropologique*, Louvain-La-Neuve, Academia-Bruylants.
- PAUGAM S. (2012), « S'affranchir des prénotions », in PAUGAM S. (dir.), *L'enquête sociologique*, 2^e édition, Paris, PUF, p. 7-26.
- PELACCIA T., PAILLÉ P. (2010), « Les approches qualitatives : une invitation à l'innovation et à la découverte dans le champ de la recherche en pédagogie des sciences de la santé », *Pédagogie médicale*, vol. 10, n° 4, p. 293-304.
- PELACCIA T., PAILLÉ P. (2011), « La recherche qualitative en pédagogie médicale : histoire, pratique et légitimité », *Pédagogie médicale*, vol. 12, n° 3, p. 179-192.
- OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE (ONS) (2016), « SUICIDE : connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives », accessible à : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ons2016_mel_220216.pdf

- 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.[Consulter](#)
- POPE C., MAYS N. (dir.) (2006), *Qualitative Research in Health Care*, 3^e édition, Blackwell Publishing.[Consulter](#)
- QUIVY R., VAN Campenhoudt L. (2006), *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3^e édition, Paris, Dunod.
- SINGLY F. DE (2005), *Le questionnaire*, 2^e édition, Paris, Armand Colin.
- TARQUINIO C., KIVITS J., MINARY L., COSTE J., FRANÇOIS A. (2015), “Evaluating complex interventions : Perspectives and issues for health behaviour change interventions”, *Psychology & Health*, 30 (1) : 35-51.[Consulter](#)