

Le devis constructiviste : une méthodologie de choix en sciences infirmières

Hélène Sylvain, inf. PhD.

Professeure, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski, Québec, Canada

Depuis quelque temps, la recherche qualitative fait une percée importante en sciences infirmières. En effet, ce type de recherche permet de mieux comprendre certains phénomènes complexes associés à l'être humain, à ses expériences de vie et à sa santé. La recherche qualitative n'est cependant pas monolithique et il importe de faire un choix méthodologique qui convient à notre vision de la science, de la recherche et de nos sujets d'étude. L'auteure présente le devis de recherche qualitatif participatif, nommé devis d'évaluation de 4^e génération, issu des travaux de Guba et Lincoln (1989). Il est retenu pour son approche basée sur la négociation et sa méthodologie herméneutique/dialectique. Cet article décrit les bases de ce devis de recherche qui permet de s'intéresser à la perspective de différents acteurs impliqués dans une problématique de santé. L'auteure présente la philosophie, la méthode comme telle et son application dans divers projets de recherche. L'utilisation répétée dans divers contextes a permis l'appropriation de ce devis, issu du domaine de l'éducation, pour soutenir la recherche en sciences infirmières. Ce texte est aussi un appel à la discussion et à la réflexion méthodologique.

Mots-clés : recherche qualitative, participative, constructivisme, phénoménologie, herméneutisme, empowerment, sciences infirmières

Ce texte, de nature méthodologique, vise à présenter un devis de recherche qualitatif participatif fort pertinent, adapté des travaux de Guba et Lincoln (1989), le devis d'évaluation de 4^e génération. L'approche participative est désormais reconnue et souhaitée dans la pratique des soins infirmiers. Les écrits actuels portant sur la pratique professionnelle encouragent la participation active de la clientèle dans leurs soins (OIIQ, 2004). Il en est de même dans le domaine de la recherche en sciences infirmières, où une approche participative entre chercheurs et professionnels de la santé peut être porteuse de solutions pour intensifier l'utilisation des résultats de recherche dans la pratique infirmière (Ducharme, 2001; Sylvain & Bergeron, 2005). Certains devis de recherche s'intéressent à faire converger, dans un même projet, les perspectives de clientèles de soins, de professionnels et de chercheurs. Dans ce texte, nous présentons une méthodologie participative, utilisée dans différents projets de recherche qui ont en commun la construction consensuelle du résultat de recherche selon le point de vue de

différents acteurs impliqués dans la problématique (Sylvain, Delmas, Delon, Coté, & Pronost, 2004; Sylvain, Girard, Labrecque, Coté, & Roy, 2001; Sylvain & Talbot, 2002b). Quelques paramètres de ce devis ont déjà fait l'objet d'une autre publication (Sylvain & Talbot, 2002a). Dans cet article, l'auteure présente d'une façon plus détaillée les bases théoriques et méthodologiques et l'application de ce devis dans ses travaux de recherche.

Fondements théoriques

Recherche qualitative, un aperçu général

La méthodologie qualitative est de plus en plus utilisée et indiquée dans les recherches s'intéressant à l'humain dans toute sa complexité. Au-delà des nombreuses écoles adhérant à une épistémologie qualitative et des courants historiques qui l'ont traversée, la recherche qualitative peut se définir globalement comme une activité contextualisée qui consiste à rendre le

monde visible à l'observateur (Denzin & Lincoln, 2003). La recherche qualitative implique une vision naturaliste et interprétative du monde; ce qui signifie que les chercheurs travaillent en milieu naturel et tentent de donner un sens ou d'interpréter les phénomènes en fonction des significations que les gens leur apportent (Denzin & Lincoln, 2003). Le terme qualitatif implique une emphase sur les qualités des entités, sur les processus et les significations plutôt que leur étude en termes de quantité, d'intensité ou de fréquence. Pour en expliquer la portée, Mucchielli (1997) signale que les phénomènes naturels et physiques, comme la circulation des électrons dans un fil électrique, nécessitent une explication, tandis que les phénomènes humains, comme une prise de décision, requièrent une compréhension que seule la recherche qualitative peut apporter. La signification de cette expérience est explorée à partir du point de vue des personnes concernées. Elle s'inscrit dans une démarche empirico inductive. De façon générale, une démarche qualitative permet de recueillir de nombreuses données issues de la multiplicité des phénomènes observés, de les catégoriser et de les ordonner pour déboucher sur une schématisation théorisante ou une proposition théorique qui rend compte du fonctionnement des phénomènes afin d'en favoriser leur compréhension (Mucchielli, 1997). Étant donné la nature et la complexité des phénomènes humains étudiés en sciences infirmières, il n'est pas surprenant que les devis qualitatifs soient utilisés de plus en plus dans cette discipline professionnelle (Mackey, 2005).

Paradigme constructiviste

En accord avec Koch (1996; 2000), nous croyons à l'importance d'énoncer les fondements philosophiques des méthodes de recherche pour clarifier les étapes à parcourir, favoriser la rigueur de la démarche et pour expliciter le rôle du chercheur. Le paradigme constructiviste a été décrit abondamment par des chercheurs du domaine de l'éducation, en faisant référence à la construction du savoir (Denzin & Lincoln, 2003; Guba & Lincoln, 1989). Ce paradigme remet en question l'objectivité et la neutralité de la science issue du paradigme de la recherche traditionnelle, le positivisme, puisque l'investigateur et l'investigué sont réunis dans une seule entité interactive et les résultats de la recherche sont créés à travers cette interaction (Guba, 1990). La base ontologique relativiste du paradigme constructiviste nie l'existence d'une seule réalité, mais laisse plutôt voir des réalités multiples qui sont des constructions mentales locales, spécifiques et contextualisées. Autrement dit, dans ce type de recherche, l'expérience de chaque personne et le contexte dans lequel elle se produit,

sont considérés comme valides et sont insérés dans la construction émergente (Appleton & King, 2002). Le terme construction est défini par Guba et Lincoln (1989) comme une structure mentale de la réalité élaborée par une personne pour donner du sens à sa situation. C'est une réalité créée qui n'existe pas en dehors de la personne qui la crée.

Évaluation de 4^e génération

Le devis constructiviste développé par Guba et Lincoln (1989) est également nommé devis d'évaluation de 4^e génération. Issue de leurs travaux en éducation, cette appellation réfère aux trois autres courants d'évaluation qui l'ont précédée, mettant l'accent respectivement sur la mesure, les objectifs et le jugement. Les trois premières générations représentent des étapes nécessaires à l'évolution du concept d'évaluation et sont plutôt influencées par le courant positiviste de la recherche (Guba et Lincoln, 1989). L'attrait de ce devis qualitatif est qu'il met l'accent sur le droit de tous les partenaires ou détenteurs d'enjeux (*stakeholders*) de faire entendre leur voix, de placer leurs préoccupations et leurs besoins dans un forum de négociation et de participer au développement et au raffinement du service (Koch, 1996). La notion d'évaluation est prise ici dans un sens large : elle correspond à l'évaluation de la pratique actuelle afin de la raffiner et de l'améliorer selon un consensus issu de diverses perspectives (Sylvain, 2000).

Malgré le fait que ce devis soit issu du domaine de l'éducation, il représente un intérêt certain pour les sciences de la santé (Koch, 1994; Visentin, Koch, & Kralik, 2006). Il est même question d'une connexion sympathique entre cette méthodologie de recherche et la nouvelle vision de la santé, centrée entre autres sur l'empowerment (Koch & Kralik, 2001; Lincoln, 1992b). Selon Lincoln (1992a) il peut être très utile, notamment pour étudier les interactions entre les professionnels de la santé et leur clientèle de soins en prenant en considération les réalités de chacun. D'ailleurs, Guba et Lincoln (1989) mettent en évidence que ce processus de recherche cible à la fois l'éducation et l'empowerment de tous les participants et participantes. Ils mettent en valeur l'apport éducatif du processus, parce que les personnes accèdent à un niveau plus élevé et plus complexe d'information, et l'apport de l'empowerment parce que, dans ce processus, chaque personne fait entendre sa voix et a la possibilité de corriger, d'amender ou d'étendre les constructions des autres participants et participantes (Rappaport, 1990).

Processus herméneutique/dialectique

La méthodologie utilisée dans ce devis s'inscrit dans un processus herméneutique/dialectique.

D'un point de vue sémantique, le terme herméneutique est dérivé du grec *hermeneia*, qui signifie interprétation (Pascoe, 1996). La méthode herméneutique a été utilisée depuis fort longtemps pour comprendre les textes bibliques puis a été reprise, plus récemment, par des philosophes intéressés à comprendre la signification de l'expérience humaine (Steeves & Kahn, 1995). La philosophie herméneutique, nommée également phénoménologie herméneutique, met l'accent sur les bases ontologiques de la compréhension de l'existence (Koch, 1996). Les travaux des philosophes allemands Heidegger (1986) et particulièrement ceux de Gadamer (1976; 1982) sont reconnus comme étant centraux à l'évolution de la philosophie herméneutique contemporaine. La phénoménologie, telle que définie par Heidegger, implique de laisser l'expérience vécue se révéler telle qu'elle existe, sans cadre prédéterminé. Dans cet esprit, il est plus difficile de composer avec un cadre théorique rigide choisi a priori pour servir de grille d'analyse à travers laquelle toutes les données sont filtrées (Leonard, 1994). Cependant, à l'instar de plusieurs chercheurs qui travaillent en qualitatif, nous croyons que sans être contraints par un cadre rigide, il est important d'utiliser des ancrages théoriques pour baliser la recherche. En effet, il est difficile de prétendre qu'on puisse faire table rase des connaissances et des modèles théoriques associés au sujet de recherche. Cependant, l'utilisation d'un cadre de référence doit se faire dans l'esprit d'un guide pour le développement des outils d'entrevue et l'organisation des données plutôt que dans une vision déductive d'intégration des données dans les catégories préétablies.

Dans le devis proposé, le processus d'analyse est herméneutique parce qu'il tend vers le développement d'une construction commune. Il est dialectique dans le sens que ce processus implique la juxtaposition d'idées conflictuelles et entraîne la reconsidération des positions antérieures. La dialectique représente une progression de la pensée qui reconnaît l'insécabilité des contradictions (thèse et antithèse), puis découvre un principe d'union (synthèse) qui les dépasse. Le but du processus herméneutique n'est pas de justifier sa propre construction ou d'attaquer la faiblesse d'une autre, ou encore de changer l'une par l'autre, mais de former une connexion entre les constructions pour permettre une exploration mutuelle par tous les participants. L'objectif est d'atteindre un consensus, quand cela est possible, ou d'identifier les dimensions ou enjeux non résolus. Ce qui émerge de ce processus est une construction de plus en plus complète et sophistiquée qui prend en considération les entrées de tous les partenaires. Guba et Lincoln (1989) indiquent six conditions au

succès du processus herméneutique/dialectique : l'intégrité de tous les participants, la communication efficace, le partage du pouvoir, la reconsidération des valeurs, la volonté de changement et l'engagement de temps et d'énergie.

La perspective du chercheur fait aussi partie du processus d'interprétation. Gadamer (1976) indique que nous avons accès au monde à travers nos préconceptions. Les êtres humains arrivent à une situation, de façon inévitable, avec leur histoire et leur compréhension (Gadamer, 1996). Ainsi, dans une perspective herméneutique, le chercheur ne peut aborder sa démarche de recherche en mettant entre parenthèses (*bracketing*) son histoire et ses préconceptions, et ne devenir que le miroir de l'expérience des autres (Allen, 1995; Mackey, 2005). Sa propre interprétation de la situation doit être consignée et soumise à la validation des partenaires au même titre que les autres constructions. D'ailleurs la méthode de recherche est herméneutique quand elle désigne un processus interprétatif plutôt que descriptif (Mackey, 2005).

Applications en sciences infirmières

Justification du devis

Pourquoi choisir ce devis? Dans l'absolu, un devis de recherche est sélectionné en fonction des questions de recherche. Cependant, plusieurs autres raisons peuvent soutenir le choix d'un devis constructiviste. L'une des premières raisons concerne les croyances du chercheur en lien avec le domaine de recherche. Denzin et Lincoln (2003) soutiennent que la vision du monde des chercheurs est d'une influence considérable face aux différents choix méthodologiques dans un processus de recherche.

Le devis qualitatif de Guba et Lincoln (1989) apparaît approprié et pertinent pour des projets de recherche qui s'intéressent à la perspective de différents acteurs dans une situation donnée. Il est donc privilégié notamment parce qu'il propose un processus de collecte de données pouvant rapprocher les chercheurs et les cliniciens en reconnaissant la diversité des points de vue et la complexité des interactions entre les divers partenaires impliqués. La participation et la collaboration sont centrales dans ce type de devis (Visentin et al., 2006).

De plus, ce devis peut être choisi pour différentes raisons et dans différentes circonstances. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'une étude exploratoire pour mieux comprendre la signification du vécu d'un groupe de personnes, d'un service, d'une intervention professionnelle. Si on assume l'existence d'une diversité de points de

vue et de compétences, la compréhension et la réunion de ces différentes perspectives, dans un même projet de recherche, permettent le développement d'un modèle qui serait plus signifiant et applicable pour chacun des partenaires (Sylvain, 2000).

D'autres raisons peuvent justifier le choix de ce devis de recherche. Une de ces raisons est que la négociation est l'élément clé du devis d'évaluation de 4^e génération (Guba & Lincoln, 1989). En effet, lorsqu'on veut créer une alliance, au lieu de descriptions parallèles ou isolées, il apparaît nécessaire de mettre en commun les perspectives et d'obtenir un consensus par le biais de la négociation. Une autre raison est que la méthodologie de ce devis est herméneutique et donc s'appuie sur l'interprétation de l'expérience vécue par les participants et les participantes. Le but de cette méthodologie est de découvrir les significations dans les descriptions de l'expérience quotidienne et de révéler les pratiques partagées, qui sont fréquemment prises pour acquises, ainsi que les significations communes incrustées dans l'expérience de tous les jours (Benner & Wrubel, 1989). Le devis constructiviste de Guba et Lincoln (1989) est, selon nous, la méthode de recherche appropriée pour prendre en considération l'intérêt de toutes les personnes impliquées. Il s'inscrit dans une visée humanisante de la recherche, fort congruente avec la profession infirmière (Todres & Wheeler, 2001).

Finalement, un dernier argument, davantage à caractère social, souligne que ce devis favorise l'empowerment des participants. Il permet de donner la parole à des personnes qui vivent parfois de l'injustice ou de l'oppression face au système de santé et à ses intervenants (Koch, 2000; Rappaport, 1994). Rappaport (1990) souligne qu'il n'y a pas une méthodologie unique de l'empowerment mais il est important que les moyens d'acquérir des données ne soient pas en contradiction avec les valeurs de l'empowerment, quel que soit le contenu de la recherche. Il indique que le travail des chercheurs devrait bénéficier à la société. Le travail de recherche devrait être fait dans le contexte des personnes. Il devrait être de type collaboratif et orienté vers les forces plutôt que vers les déficits et devrait donner la voix aux personnes concernées. Bref, il faut augmenter la possibilité que nos méthodes de recherche soient en accord avec nos valeurs sociales.

Exemples d'utilisation du devis d'évaluation de 4^e génération

Avant d'aborder la méthodologie du devis constructiviste, il apparaît pertinent de présenter sommairement trois projets de recherche différents, conduits dans le cadre de nos travaux, qui ont été développés avec ce devis de

recherche. Nous pourrions, par la suite, illustrer de quelques exemples, les étapes de la méthodologie.

Le premier projet, constituant la recherche doctorale de l'auteure (Sylvain, 2000), avait comme but de comprendre la signification d'une intervention aidante selon la perspective de différents acteurs et de développer, par consensus, un modèle d'intervention infirmière. Pour atteindre ce but, des entretiens individuels et des entretiens de groupe ont été réalisés auprès de 4 groupes différents de détenteurs d'enjeux (*stakeholders*) : des femmes atteintes de fibromyalgie, leur conjoint, des infirmières travaillant en santé communautaire et d'autres professionnels de la santé (médecins, travailleurs sociaux, physiothérapeutes). Cette étude a permis de mettre en perspective l'importance de l'alliance entre les patientes, leur conjoint et les professionnels de la santé pour croire la personne atteinte et ainsi la soutenir dans un cheminement vers la santé malgré une douleur chronique qui est souvent mise en doute car elle est sans signes apparents (Sylvain & Talbot, 2002a; Sylvain & Talbot, 2002b).

Le second projet s'est intéressé à la définition de la pratique infirmière dans la première vague d'implantation d'un nouveau mode d'organisation des services de santé : les Groupes de médecine familiale (GMF), au Québec en 2001 (Roy & Sylvain, 2004; Sylvain et al., 2001). Comme il n'existait aucune référence des rôles infirmiers dans ce contexte, cette étude a permis de définir la pratique infirmière selon des infirmières, des médecins et des gestionnaires impliqués dans l'implantation du GMF, et de mettre en relief les convergences et les divergences de visions de cette pratique. Des entrevues individuelles et de groupe ont été réalisées auprès des trois principaux groupes de partenaires. La collaboration interprofessionnelle et la pratique autonome ressortent, dans ce contexte, comme deux enjeux majeurs de cette nouvelle pratique infirmière de première ligne (Sylvain et al., 2005).

Le troisième projet de recherche s'est intéressé à la *readiness* (être disposé à) en regard de l'adhérence thérapeutique de personnes atteintes de VIH dans la région parisienne. Le but de cette recherche était de décrire et de comprendre le processus de décision d'adhérer complètement au traitement prescrit chez des personnes vivant avec le VIH (Delmas, Sylvain, & Coté, 2005; Sylvain et al., 2004). Vingt-huit entretiens individuels semi-structurés ont permis de recueillir les données auprès de quatre groupes de personnes composés de patients adhérents, de patients débutant le traitement, de patients en échec thérapeutique et de professionnels en charge de cette population (médecins, infirmières, psychologues).

L'échantillonnage, de convenance et intentionnel, a permis d'obtenir une bonne variation des points de vue sur le processus d'observance et ses événements déclencheurs. La confiance envers les professionnels, envers le traitement ainsi que la confiance en soi et en son entourage permettent de mieux comprendre la décision d'adhérer au traitement et de la maintenir. Les résultats de cette étude sont en cours de publication (Sylvain & Delmas, 2007).

Ces divers projets permettent de voir qu'il est fort pertinent d'adapter ce devis à la recherche en sciences infirmières et aident à illustrer les étapes de la méthodologie présentée à la section suivante.

Méthodologie

La démarche méthodologique proposée par Guba et Lincoln (1989) comprend douze étapes distinctes : 1) établir un contrat avec le milieu de recherche, 2) organiser la conduite de la recherche, 3) identifier les différents groupes de participants, 4) développer les constructions avec chaque groupe concerné, 5) vérifier et élargir les constructions conjointes, 6) clarifier ce qui est résolu, 7) établir une priorité des thèmes problématiques, 8) poursuivre le raffinement, 9) préparer le forum de négociation, s'il n'y a pas eu de consensus, 10) réaliser le forum de négociation, 11) rédiger le rapport, 12) reprendre le processus pour enrichir les constructions par de nouveaux éléments. Depuis le début de nos travaux de recherche avec ce devis, nous avons regroupé ces 12 étapes en trois phases : la mise en place de la recherche, l'exploration dirigée et la construction collective.

Mise en place de la recherche

L'étape de mise en place est très importante et il est « payant » d'y accorder le temps nécessaire. Cette étape comprend notamment le choix du milieu de recherche, les premiers contacts avec le milieu pour organiser la conduite de la recherche et l'identification des différents groupes de participants (Guba et Lincoln, 1989). La rencontre, voire l'observation, dans le milieu de recherche apparaît essentielle pour prendre rapidement en considération les préoccupations et les enjeux des premières personnes clés. Ce devis qualitatif demeure un devis ouvert, à la manière d'une recherche-action (Sturt, 1999) et les questions de recherche peuvent se raffiner, voire même se modifier, par l'interaction avec le milieu.

Cette étape a été particulièrement importante dans le cadre du projet que nous avons conduit sur la *readiness* et le VIH en France. Comme il était nécessaire de recruter les participants dans les services d'infectiologie d'hôpitaux de Paris, nous

avons pris le temps de constituer une équipe de recherche composée de chercheurs et de cliniciens issus de différentes disciplines. La mise en place de la recherche a inclus une période de formation à la recherche qualitative, précisément à l'entretien de recherche et à l'analyse des données, aux différents membres de l'équipe. C'est avec l'équipe que nous avons pu développer les outils de recherche répondant à la réalité des patients et des professionnels ciblés, notamment les guides d'entretien et les plans d'analyse des données. Plusieurs membres de l'équipe ont participé à la conduite des entretiens et à l'analyse des données. Comme il y a encore très peu de projets de recherche en sciences infirmières subventionnés en France, cette équipe est devenue un bel exemple d'ouverture à la recherche pour les infirmières (Sylvain et al., 2007).

Exploration dirigée

Collecte des données. Afin d'assurer la rigueur du processus de recherche qualitative et la validité des résultats, il est possible d'utiliser une pluralité de sources de données (des groupes différents de participants) et de modes de collecte de données (l'étude de documents, des entretiens individuels, des entretiens de groupe). Dans cette diversité, l'entretien demeure tout de même un des moyens privilégiés pour comprendre l'expérience humaine dans toute sa profondeur et sa complexité (Kvale, 1996).

D'ailleurs, comme le signale Kvale (1996), l'entrevue de recherche qualitative est avant tout un dialogue, une sorte de partage de visions, une *Entre-Vues*. Le but de l'entrevue est de comprendre l'expérience vécue à partir de la perspective du sujet. Sans être structurée, Kvale (1996) ainsi que Boutin (1997) suggèrent de conduire l'entrevue selon un guide qui focalise sur certains thèmes ou questions à aborder pour s'assurer du lien avec l'objet de la recherche afin que tous les aspects pertinents soient abordés et traités.

Guide d'entrevue. Dans le cadre des projets de recherche que nous avons conduits, le point de départ de la construction du guide d'entrevue s'articulait autour de trois volets majeurs. Le premier concerne l'histoire de la personne. Il apparaît primordial, dans une perspective herméneutique, de considérer que la personne arrive avec son histoire et son contexte. En deuxième lieu, nous abordons le phénomène à l'étude, que ce soit la douleur chronique, la *readiness* ou la vision d'une pratique infirmière, tel qu'expérimenté par les personnes ou en fonction de l'expérience clinique des professionnels. Le troisième volet fait référence à l'utilisation de l'anecdote ou de l'histoire pour aller plus en

profondeur dans l'expérience telle que vécue plutôt que conceptualisée (Van Manen, 1997). Benner (1994) stipule que les histoires sont essentielles pour avoir accès à la façon dont la personne comprend et structure la situation. Sauf pour la première entrevue, des questions de validation sont ajoutées suite aux questions régulières en introduisant de façon anonyme les résultats des autres participants et les thèmes issus de l'analyse en cours, tel que proposé par Guba et Lincoln (1989).

Le processus de collecte de données se répète donc jusqu'à l'atteinte de certains critères : les informations deviennent redondantes, le consensus est atteint ou il y a des différences irréconciliables, ce qui produit une union des constructions plutôt qu'une construction consensuelle (Guba et Lincoln, 1989). Au fur et à mesure que les entrevues et l'analyse des données s'effectuent, la construction se raffine. Par la suite, des entrevues de validation viennent compléter la démarche afin que tous les répondants puissent réagir à la construction en émergence et affirmer sa vraisemblance ou noter les points de dissension.

Tous les projets de recherche que nous avons développés ont utilisé l'entrevue comme outil de collecte de données. Dans quelques projets, nous avons fait à la fois des entrevues individuelles et des entrevues de groupe aux fins de validation. Il est certain que les entrevues de groupe, lorsque possible, représentent une valeur ajoutée à la recherche, car elles permettent la confrontation des idées *in situ* entre les partenaires.

Échantillonnage. Dans ce type de devis qualitatif, on ne parle pas d'échantillonnage représentatif, mais plutôt d'échantillonnage intentionnel (Coyne, 1997), c'est-à-dire que les participants sont sélectionnés pour atteindre le maximum de variations et fournir la plus large étendue possible d'informations (Guba & Lincoln, 1989). Nous sommes à la recherche d'hétérogénéité pour assurer la justesse des grands thèmes émergents. C'est une des raisons qui nous fait choisir des groupes distincts afin de permettre le croisement des perspectives. Cependant, trop d'hétérogénéité rend plus difficile la proposition de thèmes communs dans le discours et donc la saturation des données.

Saturation des données. En recherche qualitative, il n'y a pas de guide précis pour estimer le nombre de participants requis pour atteindre la saturation des données. Par saturation, on entend une redondance du discours dans les dernières entrevues sans qu'aucune nouvelle information ne soit obtenue (Morse, 1995). Cependant, ce n'est pas la quantité de données dans une catégorie qui est importante pour atteindre la saturation, mais la richesse des données provenant de descriptions

détaillées; en mettant l'accent sur la diversité plutôt que sur la quantité (Morse, 1995). Dans une première étape d'analyse, toutes les données doivent être considérées d'égale importance. Van der Maren (1999) ajoute qu'il y a saturation lorsque « l'ajout d'une source qui varie par un trait majeur n'apporte pas d'informations supplémentaires » (p.4). La fréquence de l'occurrence doit être ignorée, à cette étape, sinon il y a un risque d'obtenir une fausse saturation. Lorsque le domaine de recherche est clairement défini, et que l'échantillon est homogène, la saturation est atteinte rapidement (Morse, 1995). Notons que la saturation des données fait partie des critères de rigueur dans les études qualitatives, car elle permet d'assurer la stabilité des données ainsi que leur fiabilité notamment par le fait que d'autres chercheurs pourraient arriver à des conclusions comparables selon les données, la perspective et la situation (Sandelowski, 1993).

Gestion des données qualitatives. La gestion des données permet de rendre le matériel « brut » prêt à l'analyse. À l'intérieur de cette phase, les entrevues seront transcrites à partir des enregistrements audio. Par la suite, le texte peut être saisi avec un logiciel d'analyse qualitative, par exemple NVivo ©. Même si aucun logiciel n'effectue le travail d'analyse en soi, les logiciels facilitent la gestion des données tout au long du processus d'analyse et apportent un soutien technique à l'interprétation des données. La gestion des données comprend également l'organisation et la conservation du matériel pour utilisation subséquente ou aux fins de vérification.

Analyse des données. La phase d'analyse représente le cœur du travail de conceptualisation et est liée, dans son essence, à la phase de collecte de données. L'analyse qualitative est un processus cyclique et une activité de réflexion. Elle se base sur certains principes directeurs : 1) le processus analytique doit être détaillé et complet, mais non rigide puisque l'analyse est un processus flexible sans règles sur la meilleure façon de l'effectuer, 2) les données sont segmentées et divisées en unités de sens, mais la connexion au tout doit être en tout temps maintenue (ce qui rend bien l'idée de la dialectique du global et des parties dans une méthodologie herméneutique), 3) les données sont organisées en fonction d'un système dérivé des données elles-mêmes. L'analyse est donc globalement une activité inductive, guidée par les données (Tesch, 1990).

Ainsi à partir de ces principes, le plan d'analyse développé réunit deux modes d'analyse qui permettent une oscillation entre le global et le spécifique : la synthèse et l'analyse thématique. Cette méthode empirico inductive consiste à laisser émerger les thèmes issus des données plutôt que de déterminer des catégories préalables

et les imposer comme cadre d'analyse (Lamarre, 2004; Sylvain & Talbot, 2002b). La même méthode d'analyse sera utilisée pour les entretiens de groupe et individuels. La récurrence d'un groupe de thèmes permet l'identification de catégories ou de *patterns* qui représentent un thème unificateur et un plus haut niveau d'abstraction conceptuelle. Les étapes de l'analyse sont présentées au tableau 1. Afin d'assurer davantage la rigueur du processus d'analyse, il est proposé d'obtenir la collaboration de l'équipe de recherche dans ce processus. Chaque chercheur fait individuellement le travail de synthèse puis de codification et de catégorisation à partir de la transcription du verbatim pour, par la suite, faire une mise en

Tableau 1
Synthèse d'un plan d'analyse général

Phases de l'analyse		Tâches
Collecte des données		Entrevues individuelles
		Entrevues de groupe
		Entrevues de validation
Gestion des données		Transcription
		Entrée des données dans NVIVO®
		Conservation des données
Analyse	Analyse globale	Lecture et relecture
		Annotation du texte
		Synthèse écrite
	Analyse thématique	Identification des unités de sens
		Identification de thèmes
		Identification de patterns
Modélisation	Création d'un réseau conceptuel en transformation	
Vérification		Retour aux partenaires
		Sessions de travail avec le groupe de recherche

commun des codes et des catégories (Guba & Lincoln, 1989). Cette rencontre commune vise à établir un consensus et permet une triangulation par les chercheurs afin de s'assurer de la

vraisemblance du rapport entre les données issues de l'interprétation et les récits des répondants (Van der Maren, 1996).

Construction collective

Cette dernière phase représente le moment privilégié de l'alliance des perspectives et des expertises dans une recherche participative. Elle met l'accent sur la vérification par les participants pour confirmer, infirmer ou raffiner la construction. Le rôle du chercheur, dans cette étape, est de ressortir ce qui a fait l'objet d'un consensus et ce qui est non résolu et d'instaurer, s'il y a lieu, un forum de négociation. Les entrevues individuelles et de groupe seront également privilégiées pour atteindre cet objectif. Comme dans les projets que nous avons conduits à ce jour, la mise en place de forum de négociation intergroupe n'est pas toujours nécessaire si les consensus ont été atteints auparavant. La complexité de l'organisation de ces types de forum mais aussi la difficulté à rassembler des patients et des cliniciens, pour une discussion basée sur l'égalité des points de vue, nous pousse à une certaine prudence quand nous interagissons avec des clientèles vulnérables. En effet, malgré la philosophie de partenariat qui habite ce devis, il est possible de penser qu'une certaine hiérarchie (chercheur, infirmière, client, famille) dans la vie courante ne devienne un obstacle à l'approche égalitaire dans la recherche et contamine l'esprit de la négociation et du consensus. Il est donc parfois nécessaire que la validation et le consensus soient atteints dans chacun des groupes et rapportés aux autres groupes par le chercheur pour atteindre un consensus plus global. Bien évidemment, ceci peut représenter une limite aux résultats de la recherche.

Critères de rigueur

Tout au long de la présentation du devis, nous avons fait état de l'importance de critères mis en place pour assurer la rigueur de l'étude. Les critères de rigueur doivent émaner du paradigme dans lequel se situe une recherche. Dans le cadre d'une recherche fondée sur le constructivisme, nous adoptons les quatre critères de rigueur proposés par Guba et Lincoln (1989). Ces critères sont la crédibilité, la fiabilité, la transférabilité et la confirmation. Comme le signale Porter (2007), bien que ces critères fassent l'objet de débats, il est parfaitement approprié, dans une recherche phénoménologique herméneutique, de se baser sur les perspectives des participants pour évaluer la rigueur de la recherche en acceptant, bien évidemment, que la réalité est multiple et construite.

Le critère de **crédibilité** se vérifie par la correspondance entre les constructions des répondants et les reconstructions formulées par le chercheur. La vérification par les participants est une des techniques les plus cruciales pour établir la crédibilité d'une recherche qualitative (Guba & Lincoln, 1989). Cette technique peut s'utiliser tout au long du processus tant par les entrevues de validation en regard des synthèses formulées que par les rencontres de groupe. La circulation de l'information tout au long de la collecte de données assure la crédibilité de la recherche. Tout au long de la recherche, il est recommandé de décrire avec fidélité la perspective de tous les partenaires, mais également de documenter le processus par lequel les différents points de vue, incluant ceux du chercheur, ont été unifiés dans la présentation, l'analyse et l'interprétation des données. Le détail de cette description permet au lecteur d'évaluer la qualité des résultats (Draucker, 1999). De plus, la crédibilité peut être assurée par les rencontres régulières de l'équipe de recherche ou avec d'autres experts dans le domaine.

Le deuxième critère, la **fiabilité**, réfère à la stabilité des données à travers le temps et au fait que d'autres chercheurs pourraient arriver à des conclusions comparables selon les données, la perspective et la situation (Sandelowski, 1993). À partir de l'acceptation du projet de recherche, tout changement dans le devis doit faire l'objet de mémo méthodologique. Ainsi, la logique du processus et les décisions en regard de la méthodologie sont bien documentées. Il est possible de réécouter les enregistrements des entrevues (individuelles et de groupe) pour revoir les synthèses, le système de codification et ainsi retracer le processus par lequel les données brutes ont été converties. Un journal de bord, à titre de traceur, permet également de consigner sa propre expérience de recherche, de surveiller son processus de recherche et son influence sur la collecte de données et sur l'interprétation des données tout au long du processus. L'importance de tenir un tel journal est reconnue par plusieurs auteurs (Koch & Harrington, 1998). Le journal de bord peut contenir des notes méthodologiques (événements relatifs à l'évolution de la méthode, les modifications, etc.), des notes théoriques (interprétations, déductions, hypothèses, connaissances théoriques, questionnement, etc.) et des notes personnelles (sentiments, émotions, impressions suite aux entrevues, etc.) (Deslauriers, 1992).

La **transférabilité** réfère au degré de similarité entre deux contextes et il réfère au jugement des lecteurs et des lectrices de la recherche qui pourraient transposer les résultats à d'autres situations similaires. La description étoffée de la démarche suivie, son contexte ainsi que les

diverses constructions proposées, doivent être exposées à l'interprétation des lecteurs et des lectrices. Nous croyons que la transférabilité est tributaire d'une diffusion bien orchestrée des résultats de la recherche, autant auprès de la communauté scientifique que des praticiennes ou la clientèle de soins. De façon ultime, c'est dans le service à la clientèle de soins que doivent se transférer les résultats de recherche. En fait, ce critère correspond au but ultime de la recherche en sciences infirmière (Donaldson, 1995), qui est l'amélioration de la pratique professionnelle et ultimement la santé des populations.

La **confirmation** permet de s'assurer que les interprétations et les résultats sont enracinés dans le contexte et les personnes, et ne sont pas le produit de l'imagination du chercheur. Cette confirmation doit s'effectuer minutieusement, tout au long de la recherche, par les nombreux retours aux participants eux-mêmes. C'est la crédibilité de tout le processus de validation de la recherche qui prend force dans ce retour aux participants. À notre avis, l'essence même d'une méthodologie herméneutique dialectique diminue la possibilité « d'envolées lyriques » de la part du chercheur. Guba et Lincoln (1989) lient ce critère à l'objectivité dans le paradigme conventionnel scientifique, mais indiquent que dans un paradigme constructiviste, l'intégrité des résultats est enracinée dans les données elles-mêmes et dans le processus de validation, constamment en action.

Poursuite de la réflexion méthodologique

Au fil de son utilisation dans divers projets de recherche, nous avons transformé, et nous nous sommes approprié le devis développé par Guba et Lincoln pour répondre davantage à nos préoccupations de recherche. Ces transformations respectent la position épistémologique constructiviste notamment par le regroupement de différents groupes d'acteurs dans un même projet de recherche, la recherche de consensus entre les participants, le développement d'une construction commune et le retour fréquent aux participants pour valider cette construction.

Bien que toutes les méthodes de recherche aient des limites, le devis constructiviste a l'avantage d'offrir à la fois un cadre organisationnel fort bien structuré et des principes théoriques et philosophiques qui invitent à la profondeur de la réflexion. Le développement du savoir infirmier passe notamment par des choix méthodologiques et épistémologiques bien argumentés et cohérents avec la nature des questions de recherche (Mackey, 2005). C'est à travers ce type de devis que les praticiennes peuvent avoir l'opportunité de donner du sens et de comprendre la situation quotidienne des patients, ainsi que de discuter et

de communiquer leur compréhension avec leurs collègues. Sur la base de cette compréhension, il en résulte un changement de leurs actions et de l'action des autres, dans des situations subséquentes (Van der Zalm & Bergum, 2000). En fait, une discipline professionnelle ne peut se limiter à expliquer ou à comprendre mais doit favoriser la transformation des résultats de

recherche en actions. Après l'avoir éprouvée dans plusieurs projets, cette méthodologie nous apparaît d'une grande valeur pour le développement des connaissances disciplinaires en sciences infirmières et leur transfert dans la pratique.

Références

- Allen, D. G. (1995). Hermeneutics: philosophical traditions and nursing practice research. *Nursing Science Quarterly*, 8, 174-182.
- Appleton, J. V., & King, L. (2002). Journeying from the philosophical contemplation of constructivism to the methodological pragmatics of health services research. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 641-648.
- Benner, P. (1994). The tradition and skill of interpretive phenomenology in studying health, illness and caring practices. Dans P. Benner (Éd.), *Interpretive phenomenology* (pp. 99-127). Newbury Park: Sage.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Ste-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Coyne, I. T. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*, 26, 623-630.
- Delmas, P., Sylvain, H., & Coté, J. (2005). *Exploration du processus de déclenchement de l'observance (readiness) au traitement de patients vivant avec le VIH, selon la perspective de patients et de professionnels de la santé de la région parisienne*. Paris, France: Projet de recherche subventionné par l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS).
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2003). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *Handbook of qualitative inquiry* (2e^e éd.) (pp. 1-45). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deslauriers, J. P. (1992). *Recherche qualitative: Guide pratique*. Montréal: McGraw-Hill.
- Donaldson, S. K. (1995). Nursing science for nursing practice. Dans A. Omery, C. E. Kasper & G. G. Page (Éds.), *In search of nursing science* (pp. 3-12). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Draucker, C. B. (1999). The critique of Heideggerian hermeneutical nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 360-373.
- Ducharme, F. (2001). Recherche et pratique: Pour un transfert des connaissances dans les milieux de soins. *L'Infirmière du Québec*, 5, 41-48.
- Gadamer, H.-G. (1976). *Vérité et méthode: Les grandes lignes d'une herméneutique philosophique*. (Traduit par É. Sacre). Paris: Seuil.
- Gadamer, H.-G. (1982). *L'art de comprendre: Herméneutique et tradition philosophique*. (Traduit par M. Simon). Paris: Éditions Aubier Montaigne.
- Gadamer, H.-G. (1996). *Le problème de la conscience historique*. Textes colligés par Pierre Fruchon. Paris: Seuil.
- Guba, E. C. (1990). The alternative paradigm dialog. Dans E. C. Guba (Éd.), *The paradigm dialog* (pp. 17-23). Newbury Park: Sage.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA, USA: Sage.
- Heidegger, M. (1986). *Être et temps*. (Traduit par F. Vezin). Paris: Gallimard.
- Koch, T. (1994). Beyond measurement: Fourth-generation evaluation in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1148-1155.
- Koch, T. (1996). Implementation of a hermeneutic inquiry in nursing: philosophy, rigor and representation. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 174-184.
- Koch, T. (2000). 'Having a say': negotiation in fourth-generation evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 117-125.
- Koch, T., & Harrington, A. (1998). Reconceptualizing rigour: the case for reflexivity. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 882-890.
- Koch, T., & Kralik, D. (2001). Chronic illness: reflections on a community-based action research programme. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 23-31.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage.

- Lamarre, A. M. (2004). Étude de l'expérience de la première année d'enseignement au primaire dans une perspective phénoménologico-herméneutique. *Recherche qualitative*, 24, 19-56.
- Leonard, V. W. (1994). A Heideggerian phenomenological perspective on the concept of person. Dans P. Benner (Éd.), *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness* (pp. 43-63). Thousand Oaks, CA, USA: Sage.
- Lincoln, Y. S. (1992a). Fourth generation evaluation, the paradigm revolution and health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 83, S6-10.
- Lincoln, Y. S. (1992b). Sympathetic connections between qualitative methods and health research. *Qualitative Health Research*, 2, 375-391.
- Mackey, S. (2005). Phenomenological nursing research: methodological insights derived from Heidegger's interpretive phenomenology. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 179-186.
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research*, 5, 147-149.
- Mucchielli, A. (1997). Méthodologie d'une recherche qualitative en soins infirmiers. *Recherche en Soins Infirmiers*, 65-70.
- OIIQ. (2004). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*. Montréal: OIIQ.
- Pascoe, E. (1996). The value of nursing research of Gadamer's hermeneutic philosophy. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1309-1314.
- Porter, S. (2007). Validity, trustworthiness and rigour: reasserting realism in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 79-86.
- Rappaport, J. (1990). Research methods and the empowerment social agenda. Dans P. Tolan, F. Keys, F. Chertock & L. Jason (Éds.), *Researching community psychology: Issues of theories and methods* (pp. 51-63). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rappaport, J. (1994). Empowerment as a guide to doing research: Diversity as a positive value. Dans E. J. Trickett, R. J. Watts & D. Birman (Éds.), *Human diversity: Perspectives on people in context* (pp. 359-382). San Francisco, CA: Jossey Bass Inc.
- Roy, D., & Sylvain, H. (2004). La pratique infirmière en GMF et son contexte d'interdisciplinarité. *Perspective Infirmière*, 2, 17-26.
- Sandelowski, M. (1993). Rigor or rigor mortis: the problem of rigor in qualitative research revisited. *Advances in Nursing Science*, 16, 1-8.
- Steeves, R. H., & Kahn, D. L. (1995). A hermeneutical human science for nursing. Dans A. Omery, C. E. Kasper & G. G. Page (Éds.), *In search of nursing science* (pp. 175-193). Thousand Oaks, CA, USA: Sage.
- Sturt, J. (1999). Placing empowerment research within an action research typology. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1057-1063.
- Sylvain, H. (2000). *L'alliance des perspectives et des expertises: Modèle d'intervention infirmière s'adressant aux femmes atteintes de fibromyalgie et à leur conjoint*. Thèse de doctorat. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
- Sylvain, H., & Bergeron, A. (2005). L'enracinement d'une pratique professionnelle fondée sur les résultats probants. Dans D. Morin (Éd.), *La pratique professionnelle en santé basée sur les résultats probants : questionnons à nouveau ce paradigme*. Montréal: Les cahiers scientifiques de l'ACFAS.
- Sylvain, H., & Delmas, P. (2007, 1-4 juillet). *Readiness in HIV treatment adherence. The ALLIANCE project: an exploratory study*. Communication présentée Aids Impact International Conference, Marseille, France.
- Sylvain, H., Delmas, P., Bourion, E., Rioux, H., Azar, M., Jovanovic, C., et al. (2007). L'émergence d'une équipe de recherche franco-québécoise en sciences infirmières : Le projet ALLIANCE. *Santé mentale*, 119, 17-21.
- Sylvain, H., Delmas, P., Delon, S., Coté, J., & Pronost, A. M. (2004). Exploration de la readiness dans le processus de l'observance au traitement de patients français vivant avec le VIH. *Perspective soignante*, 21, 24-37.
- Sylvain, H., Girard, J., Labrecque, M., Coté, J., & Roy, D. (2001). *Définition et harmonisation des rôles dans un modèle interdisciplinaire face à l'implantation de groupes de médecine familiale (GMF) dans l'Est du Québec*. Université du Québec à Rimouski: Projet de recherche subventionné par la Fondation de l'Université du Québec à Rimouski (FUQAR).
- Sylvain, H., Girard, J., Labrecque, M., Gauthier, J., Roy, D., & Jean, E. (2005). *Définition et harmonisation des rôles dans un modèle interdisciplinaire face à l'implantation de groupes de médecine de famille (GMF) dans l'Est du Québec*. Rapport final de recherche. Rimouski: UQAR.
- Sylvain, H., & Talbot, L. R. (2002a). L'approche participative en recherche pour développer un modèle d'intervention infirmière. L'exemple d'une recherche s'intéressant à la fibromyalgie. *Perspective soignante*, 14-15, 291-304.
- Sylvain, H., & Talbot, L. R. (2002b). Synergy towards health: a nursing intervention model for women living with fibromyalgia, and their spouses. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 264-273.

- Tesch, R. (1990). *Qualitative research: Analysis types and software tools*. London: Falmer.
- Todres, L., & Wheeler, S. (2001). The complementarity of phenomenology, hermeneutics and existentialism as a philosophical perspective for nursing research. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 1-8.
- Van der Maren, J.-M. (1996, 26 octobre). *La recherche qualitative peut-elle être rigoureuse?* Communication présentée Colloque international "Recherche Qualitative et Gestion", HEC, Montréal.
- Van der Maren, J.-M. (1999). *La recherche appliquée en pédagogie : des modèles pour l'enseignement*. Bruxelles: De Boeck université.
- Van der Zalm, J. E., & Bergum, V. (2000). Hermeneutic-phenomenology: providing living knowledge for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 211-218.
- Visentin, K., Koch, T., & Kralik, D. (2006). Adolescents with Type 1 Diabetes: transition between diabetes services. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 761-769.