

Une ouverture particulière sur le réel : approche qualitative et santé

Monique Cournoyer

L'autre sociologie : approches qualitatives de la réalité sociale
Volume 5, Number 2, Fall 1987

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1002032ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1002032ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Département de sociologie - Université du Québec à Montréal

ISSN

0831-1048 (print)

1923-5771 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this note

Cournoyer, M. (1987). Une ouverture particulière sur le réel : approche qualitative et santé. *Cahiers de recherche sociologique*, 5 (2), 153–160.
<https://doi.org/10.7202/1002032ar>

Une ouverture particulière sur le réel: approche qualitative et santé

Monique COURNOYER

*"Quand l'eau courbe un bâton ma raison le redresse,
La raison décide en maîtresse.
Mes yeux, moyennant ce secours,
Ne me trompent jamais, en me mentant toujours".
Jean de LA FONTAINE, Un animal dans la lune.*

L'application de l'approche qualitative au domaine de la santé peut contribuer à la connaissance et à la reconstitution de l'univers de notions et de représentations entourant la santé considérée en tant que réalité vécue. De là, cette approche peut éclairer certains choix en matière de conception et d'organisation des services à offrir. Si les définitions officielles de la santé se succédant d'une époque à l'autre sont relativement faciles d'accès, les conceptions que l'on s'en fait et les habitudes qui s'y rattachent dans la population sont plus complexes et plus longues à percer. De même, les idées que l'on entretient sur les services, chez les professionnel-le-s et autres intervenant-e-s du domaine de la santé, ne correspondent pas nécessairement aux définitions, aux normes et aux objectifs contenus dans les programmes officiels. Pour connaître l'univers réel de notions et de représentations entourant la santé, il faudra que se poursuivent des démarches d'investigation et de connaissance du réel aussi nombreuses que variées. Nous avons travaillé à des projets orientés en ce sens. Avant de montrer comment leurs résultats peuvent être d'une certaine utilité à la reconstitution de l'univers de représentations de la santé, nous allons réfléchir sur quelques-uns des aspects qui révèlent la fécondité de l'approche qualitative à l'égard du type de problème soulevé.

1 Des atouts

L'approche qualitative a tendance à privilégier le contact direct avec la réalité. Ce faisant, elle opte pour un rapport immédiat avec la complexité vivante et concrète. L'étude sur le terrain, auprès des sujets (autrement nommés "acteurs sociaux") impliqués dans la réalité en cause, conduit à un mode d'appréhension à la fois très fragile et très puissant. En choisissant de laisser parler le réel à travers ceux et celles qui le vivent, on débouche souvent sur une vision qui ressemble davantage à un mélange composite qu'à un ensemble homogène et structuré. Les matériaux recueillis au cours de séances d'observation — participante ou non — ou d'entrevues relèvent presque toujours de niveaux très différents de l'expérience. Les propos rationnels se mêlent aux émotions et aux sentiments, le doute et l'hésitation remplacent, sans prévenir, la certitude et la conviction, les efforts de contrôle ou d'évitement succèdent à des moments de confiance et d'ouverture, les propos factuels et les propos d'opinion évoluent côte à côte, l'imaginaire fait place au réalisme et vice versa. En somme, on se retrouve face à une pluralité de discours dont nous ne pouvons évoquer ici que quelques facettes. Au-delà du discours, c'est à une pensée "naturelle" à laquelle nous accédons. Moscovici la désigne comme étant marquée par une orientation normative, par le recours à l'analogie, par la répétition et par la prééminence de la conclusion¹.

Cette pluralité, ou mixité du discours, est un reflet direct et immédiat de la complexité du réel tel que le vivent et le traduisent les sujets concernés. Si cette complexité peut avoir, de prime abord, quelque chose de déroutant ou d'insoluble, elle apporte en même temps une grande richesse d'information à exploiter car, dans leur diversité, ces messages s'informent mutuellement. À partir du moment où l'on peut retracer le fil conducteur unissant ces messages hétérogènes ou apparemment incompatibles, on est en position d'élaborer une interprétation qui va unifier cette complexité et lui donner un sens, une intelligibilité.

La complexité du réel reflétée par les matériaux qualitatifs apparaît en outre dans la globalité où il est possible de situer les points de vue transmis. Un problème peut être relié à un autre, puis à l'ensemble des

¹ Serge Moscovici, *La psychanalyse, son image et son public. Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*, Paris, Presse universitaires de France, 1961.

problèmes pertinents à une situation ou à un domaine d'expérience vécue, et celui-ci peut à son tour être intégré dans la totalité de l'expérience du sujet. Or, la réalité vécue est toujours globale. Elle n'est jamais compartimentée ou divisée, malgré tous les facteurs qui agissent en ce sens. Si, dans ses propos, comme dans son agir, le sujet peut temporairement isoler une dimension de l'expérience, il reste que cette dimension est toujours appelée à réintégrer les autres dimensions, précisément parce qu'il s'agit d'expérience, parce que le sujet réel et vivant n'existe que dans cette globalité ou totalité.

La fécondité de l'approche qualitative tient à son ouverture à cette globalité par sa capacité d'expansion progressive vers des dimensions non repérées d'avance mais non moins présentes et que l'on peut rassembler et articuler dans le déroulement du processus d'analyse constante. Si la globalité s'offre dans l'immédiateté du contact avec le réel, encore reste-t-il à en découvrir les composantes et les liens qui les unissent.

Autre aspect de la fécondité de cette approche, le contact avec les sujets réels et vivants donne un accès unique au changement. En effet, l'enquête qualitative permet régulièrement d'assister à des prises de conscience des possibilités de changement, à des efforts de précision des moyens d'action pour y arriver, à l'identification des facteurs qui y font obstacle et à la mise en évidence des valeurs et des aspirations ainsi que des positions critiques à l'égard du changement. De cette manière, l'approche qualitative nous met en contact avec la mouvance ou l'instabilité de la réalité transmise par les acteurs sociaux. Que ce soit spontanément ou sous l'effet d'un questionnement explicite, la réflexion sur le changement conduit plus d'une fois à la formulation des termes embryonnaires de l'un ou l'autre projet individuel ou collectif. Et l'on semble effectivement autorisé à parler de "projet" dans la mesure où les sujets entrevoient, d'une façon concrète et reliée à leur situation actuelle, des actions permettant de passer à une situation différente et désirable. Même si ce changement entrevu subjectivement ne constitue pas tout le changement, il en est un élément constitutif, car il s'appuie sur un rapport d'identification du sujet au projet. Or, tout projet de changement auquel les acteurs sociaux ne s'identifient pas reste impuissant à transformer le réel. L'approche qualitative ouvre donc une voie d'accès privilégiée au changement en train de naître, au changement comme processus subjectif ou prenant signification pour le sujet. Capable de saisir le caractère instable ou mobile de la réalité

vécue et perçue, l'approche qualitative peut mettre en évidence le rapport constamment négocié du sujet avec le réel.

2 Des exemples

Si l'on revient maintenant au domaine de la santé, on se demandera comment cette approche peut faire émerger le caractère complexe, global et changeant des représentations qui forment cet univers. Nous avons eu l'occasion de poursuivre une recherche dont l'objectif était de connaître les perceptions des femmes cries de la Baie-James au sujet des conditions de l'accouchement². Ce projet s'insérait dans un ensemble de préoccupations concernant les services offerts aux femmes et dans une démarche visant à trouver des solutions pour les améliorer car, on admettait alors, chez les responsables de services, n'avoir qu'une connaissance très limitée de ces perceptions; lacune qui ne pourrait que se faire sentir dans la définition des solutions à envisager.

Les services d'obstétrique dispensés aux femmes cries, comme à toutes les femmes amérindiennes et inuit, répondent à des impératifs où la différence culturelle et sociale trouve mal sa place. Ainsi, le transfert au Sud pour accoucher³, s'il répond aux objectifs de réduction de la mortalité et de la morbidité périnatales, vient en opposition avec les valeurs cries où l'accouchement est défini comme un événement où la relation entre la femme et son entourage est déterminante et qui, par conséquent, rend le lieu d'accouchement stratégique. De la même façon, l'offre de services en matière de contraception qui s'est graduellement installée depuis la fin des années soixante, correspond davantage à l'évolution de nos mentalités qu'à celle de la société amérindienne. Cela n'a pas été sans provoquer des heurts, sans que les femmes cries se sentent toujours à l'aise pour les exprimer. Notre étude a donc tenté de voir jusqu'à quel point les perceptions liées à l'univers de l'accouchement trouvaient ou non un écho dans les services offerts.

² Monique Courmoyer, *Perceptions des femmes cries sur les conditions d'accouchement*, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, recherche effectuée pour le Conseil cri de la santé et des services sociaux, 1986, 238 p.

³ Au moment de notre étude, la majorité des accouchements se font à l'extérieur du territoire cri.

L'enquête, dont le point de départ était l'accouchement, a touché plusieurs réalités connexes. Sur la trame de fond des récits d'accouchements passés, des groupes d'éléments très significatifs étaient introduits. On découvrait ainsi l'importance donnée à la qualité de la relation à l'intérieur de laquelle sont offerts les services et la difficulté pour les femmes de se situer dans un contexte qui manque de continuité et où il devient impossible d'en arriver à une personnalisation des échanges avec les professionnel-le-s. Pour les femmes crieuses, cette personnalisation des échanges se rattache à une conception des soins dominée par la relation d'aide, conception dont les bases sont culturelles. Prodiger des soins n'est qu'un aspect de relations sociales conditionnées par l'entraide.

Un des aspects les plus intéressants du cheminement vers la complexité de la réalité vécue et perçue par les femmes a été de cerner petit à petit la valeur déterminante accordée à la fécondité et les conflits aigus et profonds auxquels les femmes sont confrontées depuis qu'elles sont exposées aux techniques et aux valeurs de la contraception. À ce sujet, nous croyons que l'entrevue était un moyen très approprié, sinon le seul, pour atteindre cet univers de représentations, par la possibilité qu'elle donnait d'en capter les manifestations les plus sensibles. La nature conflictuelle des perceptions des femmes s'exprimait chez plusieurs par une timidité ou une gêne extrême à en parler. Ces attitudes traduisaient la signification réelle des faits et gestes qu'elles rapportaient. Sans contact direct avec les sujets, il eût en effet été facile de conclure à des habitudes de contraception instables ou peu convaincues, alors qu'il s'agissait parfois d'un véritable dilemme. Pour d'autres, qui témoignaient d'habitudes de contraception plus stables et qui s'exprimaient avec plus d'aisance, les difficultés se manifestaient autrement. Elles passaient directement par l'expression verbale sous forme d'interrogations, de craintes ou de doutes. Encore là, une simple consignation des habitudes de contraception n'aurait révélé qu'un aspect partiel, sinon le moins significatif de la réalité, et un questionnement impersonnel des valeurs n'aurait sans doute rapporté que des positions normatives pour ou contre la contraception. Le contexte d'une entrevue semi-ouverte donnait à la femme le loisir d'avancer progressivement et de s'ouvrir sur des questions rébarbatives au départ, de laisser se manifester des états subjectifs où l'on pouvait lire les signes les plus divers de l'ambivalence ou de l'incertitude.

Les émotions liées au problème de la contraception se sont manifestées quelques fois de manière assez forte ou imprévisible, la

femme désirant arrêter de parler de ce sujet ou préférant mettre un terme à l'entrevue. Ces attitudes montrent sans équivoque l'intensité et la profondeur des dimensions qui étaient alors touchées. En outre, elles permettent de voir tout ce qu'implique pour l'individu le fait de se situer plus ou moins à l'écart des normes, de se définir comme plus ou moins conforme à ce qu'on attend de lui. Elles font également comprendre la difficulté pour ces femmes de réagir conformément à leurs valeurs à une offre de services qui prend, à tort, la planification des naissances pour acquise socialement.

La démarche de définition des conditions souhaitables pour l'accouchement a conduit à une définition de l'accouchement lui-même comme un événement à caractère social qui doit être vécu par la femme dans son milieu. Dans la perspective du transfert pour accoucher à l'extérieur se mêlaient, chez les femmes les plus attachées à cette notion, l'inquiétude de partir et de laisser derrière soi la famille et les jeunes enfants, le désir d'accoucher dans des conditions présentées comme plus sécuritaires mais, en même temps, la crainte d'avoir à supporter les aspects les plus indésirables du transfert (accouchement dans l'avion ou transfert vers un troisième hôpital) ou de subir des interventions non nécessaires, en particulier la césarienne.

Cette inquiétude de l'accouchement à l'extérieur, qui s'exprime chez le sujet individuel, ne trouve pleinement son sens que lorsqu'on la met en relation avec la culture: pour que les forces mentales n'interfèrent pas avec les forces physiques pendant l'accouchement, la femme crie doit se sentir entourée des siens, elle doit se sentir chez elle. L'harmonie corps-esprit qui entraînera un dénouement heureux est ainsi garantie ou soutenue par l'environnement de l'accouchement et elle nous fait saisir le sujet culturel au-delà du sujet individuel.

Ce mélange de sentiments à l'égard des conditions prévisibles de l'accouchement trouvait, dans le contexte d'une approche de recherche qualitative, des possibilités de se manifester tel quel, tant au plan verbal qu'au plan émotif. Toute approche qui aurait isolé l'une ou l'autre dimension de l'expérience ou qui n'aurait pas permis à toutes de se faire jour aurait, à notre avis, échoué dans la compréhension de l'accouchement tel que se le représentent les femmes dans la réalité vécue. Ces représentations sont complexes et souvent difficiles à délimiter subjectivement parce qu'elles portent les marques d'influences idéologiques distinctes dont l'articulation n'est pas simple. La mentalité crie et la mentalité occidentale médicalisante sont passées par des phases

successives de coexistence, puis de domination de la seconde sur la première. Mais nos résultats donnent à penser que cette domination n'a jamais été complète et que les valeurs cries n'ont jamais vraiment été éliminées. Leur persistance sous forme dominée transparait dans les difficultés qu'ont les femmes à exprimer leurs préférences dans des termes clairs et univoques.

Un deuxième exemple permet d'évoquer d'autres avantages que présente le contact direct avec les acteurs sociaux dans le cadre de la démarche qualitative. Lors d'une consultation poursuivie au sujet des services actuellement offerts dans la période post-natale, nous tentions de faire préciser la nature des problèmes rencontrés dans la pratique quotidienne des services de ce secteur de la santé⁴. Bien que l'intention de connaître le point de vue des professionnel-le-s et autres intervenant-e-s sur les services à mettre en place à l'avenir ait été d'avance annoncée, il a été remarquable de constater dans plusieurs rencontres que les interviewé-e-s y venaient naturellement. Fait encore plus intéressant, dans quelques groupes, la discussion sur les formules d'amélioration des services prenait une certaine autonomie et des idées de projets s'élaboraient, des volontés de collaboration s'exprimaient. L'entrevue de groupe se transformait donc en un lieu d'échange et d'imagination créatrice.

En d'autres cas, l'échange et l'élaboration allaient moins loin car on se butait davantage aux obstacles réels: on oscillait entre la possibilité et l'impossibilité du changement. Mais, dans tous les cas, cette réflexion transformait la qualité et le contenu du discours: on y sentait naître l'enthousiasme ou, au contraire, une déception ou une indignation devant les obstacles au changement, ou encore une attitude de défense des acquis actuels rendant moins pertinente l'évocation même du changement.

En de telles circonstances, le discours devient extrêmement mobile, dynamique, multiforme, à l'image des réactions qu'il véhicule. Le ton et les expressions qui l'accompagnent, les attitudes par lesquelles on cherche à rester à l'écart ou à s'imposer au groupe sont autant d'informations à prendre en compte pour l'analyse, autant de clés pour l'interprétation. Cette expression vivante et spontanée du réel a

⁴ Cette consultation s'est effectuée dans le cadre des travaux du Comité aviseur sur la période post-natale au Québec, Division de la santé communautaire, association des hôpitaux du Québec.

toujours avantage à être reprise ou réétudiée, lorsque le temps le permet. À vrai dire, il faudrait en faire une condition apparaissant au calendrier de tous les projets de recherche ayant recours à une telle méthodologie.

Cette étude nous a également fait voir que la perception des professionnel-le-s en exercice concernant les services de santé, est modelée par les facteurs de réalité. Parmi ces facteurs se trouve précisément la notion de la santé telle que la vivent les destinataires des services eux-mêmes en l'occurrence, les parents venant d'avoir un enfant. S'il est possible de repousser les limites de cette notion par des interventions de sensibilisation et d'éducation, les professionnel-le-s réalisent parfois que leur action ne peut guère avoir de suite. L'écart entre la notion de la santé et du développement de l'enfant contenue dans les objectifs des services et celle qu'entretiennent les parents est trop profond. Idéalement, il va sans dire qu'un tel constat devrait mener à un réexamen des objectifs et des styles d'intervention et à des efforts pour combler cet écart.

Conclusion

Ces deux exemples montrent que l'approche qualitative permet d'établir un contact particulier avec le réel vécu, avec sa globalité, sa complexité et sa mouvance. Ces avantages devraient se transposer dans la pratique en une révision des choix institutionnels de manière à offrir des services où les populations concernées se reconnaissent mieux. Pourtant, ces avantages pourraient rapidement se transformer en inconvénients si l'on ne s'en tenait qu'à l'immédiateté du moment présent. En se tournant vers les aspects diachroniques de la réalité, on pourra donner à un univers de représentations un horizon qui le rendra encore plus valide et fidèle à la réalité. De même, une comparaison avec d'autres univers de représentations permettra de vérifier son potentiel de généralisation. Mais, dans tous les cas, il serait bon de se rappeler que l'univers de représentations que l'on vient de reconstituer est et demeure une construction située plus ou moins près de l'empirisme ou de la théorie. Quant au réel, il continue de se vivre et de changer, il continue de nous échapper et de susciter de nouvelles questions.

Monique COURNOYER
Chercheure autonome