

Les lieux transitionnels de la Santé et ce qu'ils nous apprennent sur l'être-ensemble

Laurent Marty,

Anthropologue de la santé

Faculté de Médecine , UCA Université d'Auvergne

Intervention Annual Conference in 2018 ESREA (Life History and Biography Network) in Torino, Février 2018

'Togetherness' and its discontents. Connectivity (as well as belonging, cooperation, conflict and separation) in biographical narratives of adult education and learning

Recherche qualitative en santé : la Santé se rapproche des histoires de vie

La Santé se rapproche des histoires de vie, et la recherche qualitative est un des lieux de cette transition. Voilà la proposition que je voudrais explorer avec vous aujourd'hui.

Mais se pose une question préalable : notre système de soin constitue-t-il un territoire pertinent pour observer les progrès dans l'être-ensemble ? Il semble qu'il y ait quelques hésitations à ce sujet ! Voici comment cela se présente chez certains de mes collègues en sciences humaines, et aussi chez des gens que je qualifierai de progressistes : ils *dénoncent* la santé comme un lieu d'emblée conservateur, pointant tel rouage qui fait grincer des dents¹.

Finalement, le monde de la Santé est plus ou moins consciemment laissé dans une zone d'ombre, avec la suspicion qu'il s'y passe des choses assez peu progressistes. Si progrès il y a, c'est dans des *alternatives* à la médecine, ou dans l'humanitaire, mais pas dans le système de soins tel qu'il est actuellement. C'est un ensemble que l'on ne considère pas comme une cohérence inspirante (*togetherness*), mais plutôt comme un lieu d'expression de nos mécontentements (*discontents*) les plus divers!

Cette défiance a pu être justifiée à l'époque d'Ivan Illich², quand la médecine était quasi exclusivement focalisée sur le progrès scientifique et technique. Aujourd'hui, toute personne qui s'intéresse de près à la manière dont « les gens » (ethnos) *vivent* la santé (qu'ils soient soignants, patients, administratif, etc.) sait qu'il se passe ici des transformations fortes, et fortement intéressantes. Quelles rancœurs projetons-nous sur nos corps soignants ? Pourquoi une telle auto-flagellation, alors que nous sommes entrés dans une nouvelle relation à la santé, une nouvelle manière de prendre soin de nous ? **La science médicale se rapproche des histoires de vie, et cette convergence est fortement génératrice de nouvelles cohérences.**

Au congrès de Canterbury, j'avais présenté un des lieux où se fait cette transition, ce qu'on nomme en France l'éducation thérapeutique³. Aujourd'hui, je vous présente un autre *lieu de transition* : la recherche qualitative.

¹ Henry Mintzberg dans *Managing the myth of healthcare* dresse avec une belle habileté narrative l'inventaire des critiques qui s'entrecroisent dans l'univers de la santé.

² Ivan Illich *Némésis médicale*, Seuil, 1975

³ Tribonnière Xavier de la, *Pratiquer l'éducation thérapeutique*, Elsevier Masson 2016. Simon D., Traynard PY, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. *Education thérapeutique, prévention et maladies chroniques*, Elsevier Masson, 2013, Paris. Tourette-Turgis C. *L'éducation thérapeutique du patient, la maladie comme occasion d'apprentissage*. De Boeck, 2015. Voir aussi en ligne : *L'histoire de Jeanne – Education thérapeutique et récit de vie*, <https://www.linkedin.com/pulse/%C3%A9ducation-th%C3%A9rapeutique-et-tournant-biographique-lhistoire-marty>

Pour en parler je partirai de l'expérience vécue avec les médecins et infirmiers - car c'est dans la rencontre avec les histoires de vie que naît une connaissance scientifique des réalités humaines.

1. Les souffrances ordinaires, déchirures de l'être-ensemble

La Recherche Qualitative, boîte de Pandore !?

En 2007, il y a un peu plus de 10 ans, je suis sollicité avec une collègue anthropologue pour former à la recherche qualitative l'équipe du tout nouveau Département de Médecine Générale de la faculté de Médecine. La médecine générale a été reconnue en 2004 comme discipline à part entière, digne d'être enseignée à l'Université, comme le seront les soins infirmiers un peu plus tard, en 2011. Les médecins généralistes souhaitent intégrer des approches permettant de prendre en compte *l'humain*, pour parvenir à une approche scientifique de la réalité de leur pratique.

Le premier jour de la formation, nous enchaînons les exposés, sans *powerpoint*, cela surprend nos interlocuteurs... La rencontre entre Sciences Humaines et Médecine ne va pas de soi, il va falloir faire des efforts de part et d'autre pour d'abord construire des ponts, et ensuite trouver des langages communs – la « *togetherness* » en construction !

Après quelques tâtonnements nous mettons en place une méthode fondée sur l'entraînement par la pratique. Pour s'entraîner à la technique du *focus group*, nous leur demandons de présenter des situations vécues⁴.

Un médecin raconte une consultation de la semaine précédente : une vieille dame vient le voir, épuisée : « *Je voudrais quelque chose pour dormir* ». Le médecin suit depuis plusieurs années sa famille, il nous raconte le « *background* » : l'époux de la dame est décédé d'un cancer l'an dernier, une de ses filles s'est suicidée il y a deux ans, laissant 2 enfants, l'autre fille a des difficultés à trouver du travail. Je pose d'autres questions, et j'invite les participants du *focus group* à en poser, pour essayer de voir s'il n'y a pas des ressources dans la famille ou autour pour soutenir sa patiente. Mais non, rien. La désespérance s'épaissit ! Et le *focus group* est un outil d'investigation très efficace... Plus nous avançons dans l'exploration de la situation, plus nous arrivons à des problématiques qui vont au-delà de ce que peut le médecin généraliste. Un des médecins se lève : « *J'ai une réunion, je dois partir* ». Nous arrivons aux limites du supportable. J'arrête alors la discussion, et je boucle positivement : en l'état actuel de la réflexion, quelles pourraient être les réponses du médecin généraliste ? Nous parvenons à des propositions assez précises et donc à une certaine stabilisation. Cependant, une transformation s'est produite : en approfondissant la réflexion du médecin sur cette situation, nous parvenons à quelque chose de nouveau. Un des médecins participant à la formation m'en reparle trois semaines après : « *Est-ce que tu ne crois pas qu'avec la recherche qualitative, on ouvre la boîte de Pandore ?* ». Dans la manière dont il en parle, j'entends à la fois une réelle inquiétude (quelque chose de la sécurité du métier de médecin est mis en question) et à la fois une curiosité, l'envie d'aller plus loin, comme un défi lancé à la science et à l'art de la médecine.

Ainsi s'ouvre une autre porte : le projet d'une recherche.

⁴ Pour en savoir plus sur la méthode, fondée sur le récit de vie et la dynamique de groupe, je me permets de renvoyer à l'article que nous avons écrit ensemble (médecins généralistes et anthropologue) quelques années plus tard : Marty L., Vorilhon, Vaillant-Roussel, Bernard, Raineau, Cambon: *Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group* "Exercer" la revue française de médecine Générale 2011;98:129-35

Après quelques mois de phase exploratoire (discussions avec les médecins, exploration de la littérature), nous démarrons, en tandem médecin généraliste-anthropologue⁵, une recherche sur le thème « *Les souffrances ordinaires apportées par les patients, et les réponses ordinaires du médecin* ».

Souffrances ordinaires : les réponses qui se mettent en place

Ce qui était une formation à la recherche qualitative finalement s'est transformé en une recherche à part entière. Intrigués par l'intensité des réactions à la suite du récit sur la vieille dame, nous avons voulu y regarder de plus près. Nous avons mené une série d'entretiens avec des médecins généralistes qui n'avaient pas participé au focus group. Tous confirment qu'ils vivent régulièrement ce genre de situation dans leurs consultations, et certains se proposent pour participer à la recherche. Nous mettons en place une première série de *focus groups* avec les médecins volontaires. La première séance nous a laissé un souvenir fort : nous invitons chaque participant à raconter brièvement 2 ou 3 exemples de *souffrances ordinaires* rencontrées. Les situations sont là présentes et « chaudes », il n'y a pas à chercher beaucoup qu'elles reviennent en mémoire. La difficulté va être de clore : après le premier tour de table, d'autres situations reviennent, les participants insistent pour en parler... Ce qui nous a frappé, c'est l'intensité de ce besoin de dire, confirmant bien la prégnance du problème.

Dans les *focus groups* suivants, nous reprenons en détail quelques situations. Chaque récit est une tranche de vie d'un patient ou d'une famille, et met en évidence cette caractéristique de la pratique du médecin généraliste : il est en première ligne, souvent la première personne que le patient en souffrance viendra voir. L'inventaire des « souffrances ordinaires » est impressionnant, la place nous manque pour le dresser ici. Disons juste qu'entre les deuils, les séparations, les souffrances liées à une maladie de longue durée ou les vieillesse dramatiques, c'est un vaste univers de souffrances peu visibles qui remonte à la surface. Bien qu'elles aient à voir avec l'enfer sur terre, nous les avons appelées tout simplement *ordinaires* (après de nombreuses discussions autour des ressources de notre vocabulaire : souffrances psychosociale, psychique, etc...) parce qu'elles ne relèvent pas d'une pathologie avérée appelant une prise en charge clairement définie, et parce que ce sont d'authentiques souffrances, pas un simple malaise.

Toutes ont à voir directement avec *l'être-ensemble* qui nous intéresse ici : elles en signalent les fragmentations et les déchirements. Et toutes posent concrètement et tragiquement ces questions : qu'est-ce qu'on peut, comment on répond, comment on répare ? Nous sommes impressionnés par l'intensité de la recherche de solutions par les patients, et touchés par le souci récurrent des médecins d'y contribuer, dans les limites de ce qu'ils peuvent.

Chacune de ces souffrances a une origine systémique (et non une ou deux causes définissables avec précision). Les réponses seront donc elles aussi systémiques. Et dans ce « système des réponses », la recherche qualitative est un rouage, petit mais décisif, car il rapproche de l'humain et ancre les discours dans l'expérience vécue.

Quels sont les résultats de cette recherche ? Durant les trois premières années de l'étude, nous faisons le constat d'une stagnation, d'un plafonnement : nous avons une description de plus en plus précise des souffrances ordinaires, et aussi une bonne connaissance des réponses mises en place par les médecins généralistes et les autres acteurs. Mais le déséquilibre entre

⁵ L'ensemble de l'enquête sera réalisée en coopération entre le Dr Benoit Cambon, professeur au Département de Médecine Générale, et moi. Les analyses anthropologiques n'engagent que ma responsabilité.

l'ampleur des souffrances et les possibilités de réponses semble impossible à faire bouger. Ensuite, se dessine une transformation, qui devient de plus en plus perceptible à travers les différentes enquêtes. Les maux sont dits, accompagnés par des analyses de plus en plus élaborées, et suivies de réponses précises et efficaces. Un exemple parmi d'autres : la souffrance au travail, qui est une des souffrances ordinaires récurrentes les plus complexes et les plus difficiles à aborder du point de vue du médecin généraliste. Aujourd'hui, elle est posée clairement comme un problème de santé important (y compris d'ailleurs chez les soignants). De multiples initiatives sont prises pour apporter des réponses concrètes. Au moment où nous arrivons au terme de cette recherche de longue durée, les *souffrances ordinaires* sont toujours là, parce que leurs origines diverses sont toujours là, mais les *réponses* prennent place dans le paysage de la santé, les ressources se développent, la recherche qualitative participant à ce mouvement.

Autres résultats connexes : la recherche produit un effet immédiat pour le positionnement et les ajustements des pratiques des médecins généralistes. Elle amplifie la réflexivité déjà existante. De ce fait elle participe à l'habitude de prendre pleinement *l'humain* en considération dans la recherche scientifique en médecine, au même titre que les données relevant des sciences telles que la biologie. Ce qui était, souvenons-nous en, l'objectif des médecins généralistes quand ils se sont formés à la recherche qualitative.

2. La recherche qualitative répare et transforme l'être-ensemble ?

Recherche qualitative et recherche biographique, disciplines indisciplinées...

Pour bien comprendre comment a pu s'installer dans le paysage de la santé un concept comme la recherche qualitative, le mieux est de prendre l'exemple du *care*. Tout le monde aujourd'hui connaît *le care*, à la fois un concept et manière de faire. Le *care* a pris place dans la culture, c'est à dire dans les esprits et dans les pratiques, parce qu'il correspondait à une nécessité : mieux intégrer le « soigner » et le « prendre soin ». Il y a eu un gros travail d'élaboration théorique⁶, d'expérimentation pratique et de formation. La recherche qualitative s'installe en santé en réponse à la même nécessité, comme un prolongement plus « technique » du *care*.

Le terme recherche qualitative (ou études qualitatives, ...) provient pour une part des sciences humaines - en tant qu'anthropologue, j'ai longtemps fait de la recherche qualitative sans la nommer ! La « science de l'humain » est en fait vieille comme le monde, elle est depuis longtemps l'objet de textes écrits et oraux permettant d'en formuler les principes et méthodes. La « recherche qualitative » est juste le dernier avatar de cette longue tradition, adapté à la complexité spécifique de nos sociétés modernes. Elle-même existe sous différentes appellations : anthropologie, ethnographie⁷, ethnométhodologie⁸, psychosociologie, sociologie clinique⁹ (on rejoint ici le champ de la recherche biographique), recherche narrative... et elle est toujours en mutations incessantes. La dernière en date étant la recherche qualitative « interventionnelle »¹⁰. C'est une des qualités remarquables de cette recherche,

⁶ Carol Gilligan, Joan Tronto, Sandra Laugier, Pascale Molinier...

⁷ Cefaï Daniel (Dir) L'engagement ethnographique Ed EHSS, 2010

⁸ Harold Garfinkel, Philippe Amiel...

⁹ Vincent de Gaulejac, Eugène Enriquez...

¹⁰ Sur les recherches interventionnelles, voir <https://www.linkedin.com/pulse/les-recherches-interventionnelles-une-galaxie-en-expansion-marty>)...

qu'il est bon de connaître si l'on veut s'y lancer : elle est à la fois éphémère et immuable. Elle est à réinventer à chaque fois, en fonction des gens avec qui vous allez travailler, du contexte, etc... Et en même temps, il s'agit toujours de la même chose : tenter d'entrer en intelligence avec ces personnes.

Elle a été massivement développée par les journalistes, les urbanistes, le marketing, le design, sous une multitude d'avatars inventifs et ingénieux¹¹. Elle est devenue une référence usuelle abondamment sollicitée pour les usages les plus divers et variés, ce qui lui donne un caractère hybride, multicolore et insaisissable, et une patine aux allures familières. Il existe de nombreux manuels, de multiples méthodes des plus empiriques aux plus techniques, mais personne n'a jamais réussi à faire entrer « le qualitatif » dans une définition ou une discipline, car rencontrer l'humain implique d'être indiscipliné. Je disais plus haut que la recherche qualitative est une formalisation plus « technique » du *care*. Elle n'est pas pour autant une procédure mécanique ni un dogme académique, juste un moyen d'avancer dans les situations complexes.

Pendant de longues années, l'usage de la recherche qualitative en santé est demeuré marginal. En France, le basculement se produit autour de 2005 : à côté du quantitatif qui est la règle méthodologique de base dans l'*evidence based medicine*, on voit se multiplier les études de type qualitatif.

Les médecins généralistes ont eu un rôle actif dans l'émergence du « qualitatif » dans le monde de la recherche en santé¹². La reconnaissance comme discipline universitaire a été un important stimulant. Le même phénomène se développe aujourd'hui en France avec l'universitarisation de la formation des infirmiers. Ce n'est bien sûr pas un hasard si mon cheminement d'anthropologue m'a conduit à me coopérer ces deux professions.

Le basculement que l'on constate dans le monde de la santé depuis les années 2000 participe de ce mouvement. Dans un texte publié en 2010, *Du silence de la souffrance à la parole des patients*¹³, Pierre Dominicé décrit avec une grande finesse le tournant qui est en train de se faire.

Les mutations que l'on constate sur le terrain, toujours spécifiques, ne peuvent être pleinement comprises que si elles sont replacées dans cette dynamique organique, systémique. Je me permets d'insister là-dessus, parce que là aussi il y a une sorte de malentendu, avec la focalisation sur une action « politique » conçue comme un mouvement organisé, structuré par des organisations pyramidales, hors de laquelle il n'y aurait point de salut pour l'être-ensemble, car on retomberait alors dans l'individualisme, le libéralisme, etc... Sans même parler de la recherche biographique, de nombreux travaux dans de nombreux domaines montrent qu'aujourd'hui existe une réflexivité de l'acteur (Schön¹⁴, Pineau¹⁵, De Singly¹⁶,

¹¹ Le *Design thinking* et ses applications dans le sanitaire et social. Les méthodes agiles (dans le numérique, et donc dans ses multiples applications en santé). On notera que ces méthodes intègrent à part entière la coopération entre acteurs différents, et un état d'esprit de « convivialité ».

¹² Le Groum.f, créée en 2007 : Groupe Universitaire de recherche qualitative médicale francophone, a eu un rôle d'initiateur.

¹³ Pierre Dominicé *Du silence de la souffrance à la parole des patients* L'Harmattan | Le sujet dans la cité 2010/1 n° 1

¹⁴ Schön Donald-A *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* Les éditions logiques 1994

¹⁵ Pineau Gaston *Les réflexions sur les pratiques au cœur du tournant réflexif*, Communication à la Facultad de Ciencias humanas y educación Universidad diego portalis - chili 10/01/200 <http://www.barbier-rd.nom.fr/Pineau.chilireflexions.pdf>

Voir aussi Pineau Gaston, Legrand Jean-Louis (2007) *Les histoires de vie* Paris: Puf.

¹⁶ De Singly François *Les uns avec les autres. Quand l'individualisme crée du lien*. Armand Colin 2003 et *Libres ensemble. L'individualisme dans la vie commune* Nathan Paris, 2000

Kaufman¹⁷, Ray & Anderson¹⁸...), entrant en interaction avec toutes les autres réflexivités, devient alors une synergie forte – on l’a vu lors des élections de l’an dernier en France. Le travail sur les histoires de vie a abondamment exploré cette dimension, et la recherche qualitative participe de ce *mouvement* - c’est ce mouvement qui en a fait un concept opérationnel dans le domaine de la santé, et un outil face remarquable face aux processus de défragmentation de l’être-ensemble.

C’est le même mouvement de fond qui porte les diverses approches biographiques, invitant à ancrer la recherche, l’enseignement et l’action publique dans la richesse complexe des histoires de vie et à prendre en compte la réflexivité ordinaire. Il y a une interaction étroite entre la recherche qualitative et la recherche biographique : faire une recherche qualitative, c’est enquêter sur l’expérience vécue, sur l’histoire des personnes, avec la ressource narrative.

Ici, il est nécessaire d’élargir le point de vue, de se resituer dans la vision globale, « culturelle », dans le prolongement de la vision systémique dont il a été question plus haut. Sinon on ne peut pas comprendre pourquoi les démarches de type qualitatif se développent aussi largement et aussi rapidement : les histoires de vie ne sont pas seulement travaillées par les chercheurs, elles le sont massivement dans les séries télévisées, les chansons, les différentes presses, les blogs et les forums (voir par exemple les nombreux blogs de jeunes médecins, qui font des analyses très fines et sensibles des vies de patients). Cette *culture* n’est pas juste « un environnement », « un contexte ». Il s’agit d’un acteur à part entière dans « la recherche » sur l’être-ensemble dans nos sociétés. Je m’en rends compte quand je travaille avec des jeunes infirmiers ou médecins. Ils entrent facilement dans la recherche qualitative, y compris dans sa dimension conceptuelle, bien qu’ayant peu ou pas de formation dans ce sens. Ensuite ils vont l’utiliser parfois en vue de publications scientifiques, mais le plus souvent pour amplifier la réflexivité ordinaire de leur travail. On assiste à un phénomène de standardisation. Par exemple l’utilisation de l’entretien semi-directif est devenu la méthode la plus usuelle dans le recours à la recherche qualitative. Finalement, la recherche qualitative est en train de s’installer comme un mode de pensée ordinaire pour les professionnels. Je rencontre de plus en plus de chercheurs en médecine et soins infirmiers qui font de la recherche qualitative sans ressentir le besoin de le signaler. L’appellation *recherche qualitative*, c’est à dire *la marque*, a peu d’importance, ce qui compte c’est la compréhension de la vie qu’elle porte.

Il existe une multitude de méthodes et d’ouvrages de référence en recherche qualitative¹⁹, que chacun utilise en fonction des spécificités du terrain. Au fil des ans, en travaillant avec les différents professionnels du soin²⁰, j’ai appris à mieux connaître et utiliser les qualités de la recherche qualitative.

¹⁷ Kaufmann Jean-Claude : *Ego : Pour une sociologie de l’individu* Poche pluriel

¹⁸ Ray Paul H et Sherry Ruth Anderson *L’émergence des Créatifs Culturels. Enquête sur les acteurs d’un changement de société*. Editions Yves Michel. 2001

¹⁹ Deux références de base : Kaufmann Jean Claude *L’entretien compréhensif*, Armand Colin 128 2007, et Bertaux Daniel (2010) *L’enquête et ses méthodes : Le récit de vie* Paris Armand Colin 128

²⁰ Deux exemples d’utilisation de cette méthode : Marty L & Gerbaud L *Nouveaux regards sur la maladie à l’heure de la condition biographique*, In *Territoires contemporains de la recherche biographique*, Dir C Niewiadomski et C Delory, Téraèdre 2013 (lire un extrait : <https://www.linkedin.com/pulse/%C3%A9ducation-th%C3%A9rapeutique-et-tournant-biographique-lhistoire-marty>) Et Marty L. *L’histoire de Balthazar*, Santé et éducation, Revue d’informations scientifiques et professionnelles, AFDET, Janvier Avril 2016 http://www.afdet.net/AFDET_fichup/journal-1031.pdf p.18

Les trois qualités de la recherche qualitative

Nous parlons de recherche *qualitative* : mais de quelles *qualités* s'agit-il ?

1. L'utilité sociale

La recherche qualitative aide à poser et résoudre les problèmes de la complexité moderne. **Sa qualité principale est de répondre à une nécessité forte de notre époque : on attend d'une décision, d'un projet ou d'un programme qu'ils reposent sur une connaissance solide du vécu des gens parmi lesquels ils vont être appliqués.** « Les gens » en question sont formés, informés, et soucieux de leurs conditions de vie ; ils posent des questions, donnent leur avis, et attendent que les autorités dans quelque domaine que ce soit montrent qu'elles reconnaissent leur présence. Une décision, un projet, un programme qui ne repose pas sur une connaissance fine de l'expérience vécue est de plus en plus considérée comme non acceptable. L'amélioration de l'être-ensemble n'est plus un idéal lointain et clandestin, il se fait ici et maintenant au quotidien²¹.

2. Quali versus quanti ? C'est de qualité humaine qu'il s'agit !

La question des chiffres, du quantitatif, est secondaire. Le qualitatif n'est pas *contre* les données quantitatives (elles sont indispensables), mais seulement contre le fait qu'on réduise l'humain à des chiffres. Cette manière de réduire, voire de nier la personne, après les événements de la première moitié du 20^{ème} siècle, est désormais inacceptable. **C'est donc bien de qualité humaine qu'il est question.** Il s'agit de prendre en considération les personnes y compris dans les dimensions relationnelles, affectives, émotionnelles, et cela appelle des méthodes de connaissance particulières. Je n'insiste pas trop sur ces questions : tous ceux et celles qui sont habitués aux différents usages de la recherche biographique les connaissent bien ! Ce que je veux souligner, c'est la nécessité particulière qui la porte quand on est dans l'intention (et l'obligation professionnelle) de soigner.

3. Une intervention active dans l'être-ensemble, accessible à tous

Comme les autres démarches de connaissance fondée sur la narrativité et l'histoire de vie, la recherche qualitative est *une intervention*, une transformation active de l'être-ensemble. Les soignants ont une grande habitude du travail sur les différents niveaux de relation engagés dans leur activité. Pendant toute une époque, ces questions étaient plutôt de second ordre derrière le biomédical, considérées comme allant de soi. Aujourd'hui de plus en plus il apparaît que cela ne va plus de soi, il faut une décision volontariste pour sortir de son territoire d'expertise, se rapprocher, se mettre à l'écoute, analyser ensemble et tenter de coopérer.

Une des qualités fortes de la recherche qualitative est qu'elle permet la confluence entre *recherche savante* et *recherche ordinaire*. J'entends par recherche ordinaire celle que fait le citoyen ordinaire pour trouver des solutions dans son existence et répondre à sa quête de sens. En ce qui concerne le domaine du soin qui nous intéresse, il s'agit entre autres de « la recherche » du patient et des professionnels du soin. « *Les savoirs des infirmiers sont riches en expérience, en réflexions et en histoires* », écrivent Lorenza Garrino et Albina Gargano, que « *le transfert des cours infirmiers et des professionnels de la santé vers l'université* » a contribué à mettre en valeur²². Ainsi aujourd'hui, il existe un très grand nombre de travaux en soins infirmiers et en médecine générale réalisés avec les méthodes qualitatives. Faites

²¹ La question de l'utilité des sciences humaines est plus que sensible dans la sociologie française. Au nom d'une « critique de la domination » on a voulu fuir l'instrumentalisation, ce qui a pu conduire à une distanciation excessive finalement assez proche de l'aristocratie par rapport aux professionnels et à la science appliquée.

²² Garrino L et Gargano A *De la réflexivité des soignants aux sciences infirmières, l'exemple italien*, in *Nouvelles coopérations réflexives en santé, de l'expérience des maladies et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche*, Dir Jouet E, Las Vergnas O, Noël Hureau E. Eds des archives contemporaines 2014

l'essai : posez une question ayant trait à ces pratiques soignantes sur un moteur de recherche ; quel que soit le sujet, vous arriverez à de nombreuses productions (mémoires, thèses, articles) dont certaines d'excellente qualité.

Le vaste registre des outils de la recherche qualitative fait que « *Vous le pouvez* » : chacun, là où il est, peut mettre en œuvre les qualités de la recherche qualitative, de manière simple et locale s'il est un acteur de base avec peu de moyens, ou de manière sophistiquée et à plus grande échelle s'il se trouve à un poste de direction. Sachant que dans tous les cas, la rencontre directe entre personnes oblige à travailler à une échelle réduite -de taille humaine (*small is beautiful...*).

Cependant, je ne voudrais pas laisser supposer l'idée que tout le monde peut faire de la recherche avec la rigueur que demande la science. Parce que tout le monde n'a pas forcément l'envie, ni le temps, ni les moyens de s'investir dans une activité scientifique. Mais tout le monde est *en recherche*, et l'important est la connexion qui s'établit entre les deux types de recherches (scientifique et « ordinaire »). Il est possible d'utiliser dans la vie ordinaire des outils issus de la recherche qualitative. D'autre part, il existe aujourd'hui des méthodes de recherches parfaitement au point qui permettent d'associer à des travaux scientifiques la réflexivité du quidam ordinaire, comme la recherche interventionnelle²³, les recherches actions collaboratives²⁴, le groupe nominal²⁵, et les diverses formes de consultations publiques aujourd'hui de plus en plus couramment utilisées avant une prise de décision importante.

Pour conclure

C'est un grand plaisir que d'être là pour discuter de ce que sont la convivialité et le dysfonctionnement de la convivialité ; mais nous avons tous ici pour intention que nos échanges n'en restent pas au niveau philosophique, à une conversation entre gens savants. C'est justement une des spécificités de la recherche qualitative *en santé* est qu'elle est forcément « pratique », orientée vers des solutions, car l'objectif est soigner et de prendre soin. Avec la recherche qualitative, la recherche en humanités sort du statut de « science molle » (que lui ont attribué ceux qui ne la pratiquent pas), parce qu'elle permet de démêler la complexité et d'élaborer des réponses. Je considère cela comme un *aboutissement* et un renouvellement du travail d'approche du réel par les histoires de vie réalisés par notre génération (vieillissante...).

J'ai eu la chance d'être initié assez tôt à la pratique du récit de vie alors qu'il était tout juste émergent dans les sciences humaines²⁶. J'ai exploré par la suite ses différents usages dans la recherche, la formation et l'intervention sur divers terrains, ainsi que les diverses références théoriques. C'est dans le prolongement de ce chemin que j'ai rencontré la recherche qualitative. Aujourd'hui, avec le recul, je vois ce concept devenu usuel comme un trait d'union entre notre manière de nous intéresser aux histoires de vie et celle des nouvelles

²³ Sur les recherches interventionnelles, voir Alla François, Joëlle Kivits, *La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social* Santé publique. Volume 27, n° 3 Vol. 27 - 2015/3. Et le lien déjà cité : <https://www.linkedin.com/pulse/les-recherches-interventionnelles-une-galaxie-en-expansion-marty>)...

²⁴ Chercheurs Ignorants (les) *Recherches actions collaboratives ; une révolution de la connaissance* Ehesp 2015

²⁵ Exemple : Chapron Anthony, Jeannine Pommier et al *Facteurs prioritaires pour développer une démarche éducative en médecine générale ?* Santé publique n°1, janvier-février 2017

²⁶ J'ai raconté cette expérience dans *Comment j'ai appris l'indiscipline à l'Université* . Revue des Sciences Sociales, N°56 (2016). Lire un extrait : <https://www.linkedin.com/pulse/les-disciplines-dhier-%C3%A0-demain-laurent-marty>

générations : pragmatique, pratique, attentive à l'esthétique et à la convivialité... Bref, ancrée de l'expérience actuelle de l'être-ensemble, de la *togetherness* qui nous rassemble ici.

Ce qui s'installe c'est la conviction que pour prendre une décision juste, il faut d'abord mener une enquête permettant d'entendre l'expérience vécue qu'ont les acteurs de la situation. Et qu'à l'inverse une décision, un projet, un programme ne reposant pas sur cette démarche d'intelligence interactive n'est pas recevable. Aucune décision ne devrait être prise sans étudier attentivement les effets qu'elle aura sur les histoires de vie ! C'est la principale conclusion que nous retirons de notre coopération dans la recherche qualitative sur les *souffrances ordinaires*, en écoutant la recherche des patients face à l'épreuve, et la recherche des soignants pour faire au mieux leur travail : nous avons des problèmes de convivialité, de lien, de fragmentation, d'intégrité personnelle et collective, *et* nous avons aussi des solutions, des réponses de plus en plus appropriées. Tel est *l'espoir*²⁷ que porte la recherche qualitative.

Mais... à trop vouloir rendre efficace notre recherche en humanités, ne risque-t-on pas de revenir à des politiques rigides de « salut public », qui ont fait couler tant de sang, rouler tant de têtes ? Ne faut-il pas se garder de trop de lumière, pour cultiver une part d'ombre et de silence²⁸ ?

C'est sans doute une question de mesure. J'aimerais avoir votre avis sur cette question.

²⁷ Thème de la Conférence *ESREA-Life History and Biography Network* de Canterbury en 2015

²⁸ Dominicé Pierre lc