

## Méthode de recherche

# S'approprier la méthode du *focus group*

par **Alain Moreau**, professeur associé de MG, 13, La Pivolère, 38090 Villefontaine; **Marie-Cécile Dedienne**, MG, 24 Chemin de l'Extraz, 38110 Cessieu; **Laurent Letriliart**, MG, Chercheur INSERM, 9 Avenue Condorcet, 69100 Villeurbanne;

**Marie-France Le Goaziou**, professeur associé de MG, 69008 Lyon; **José Labarère**, Unité d'évaluation, Pav D Villars, CHU Grenoble; **Jean Louis Terra**, psychiatrie, Hôpital du Vinatier, 69 Bron.

Le *focus group* est une technique d'entretien de groupe, un « Groupe d'expression », qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé.

Il fait partie des techniques d'enquête qualitative par opposition aux enquêtes quantitatives reposant sur un questionnaire. Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur. Explications.

Le *focus group* est une technique d'entretien de groupe, un « Groupe d'expression », qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé.<sup>1</sup> Il fait partie des techniques d'enquête qualitative par opposition aux enquêtes quantitatives reposant sur un questionnaire (tableau).<sup>2</sup> Il est issu d'une technique marketing de l'après-guerre aux États-Unis qui permettait de recueillir les attentes des consommateurs et de rendre ainsi un produit plus attractif.<sup>3</sup> Il s'inspire des techniques de dynamique de groupe utilisées par C. Rogers, chef de file du courant de la psychologie humaniste. Cette technique a été récupérée dans les années 1980 par la recherche universitaire dans des domaines divers (éducation, santé publique, environnement, sciences sociales). Elle est très utilisée dans les pays anglo-saxons dans les travaux de recherche

en soins primaires dans une optique qualitative de recueil d'informations et d'opinions de manière systématique et vérifiable sur des thèmes variés. Une consultation sur medline (23 février 2003) a permis d'identifier 2924 publications référencées sous le mot clé *Focus group* (sans limitation temporelle). La répétition de la requête en spécifiant « langue française » n'a identifié que 17 publications. En France, les spécialistes des enquêtes qualitatives appartiennent plus au monde de la sociologie.<sup>4,5</sup>

### LES CARACTÉRISTIQUES DU FOCUS GROUP<sup>6</sup>

La dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs (aspects socioculturels, normes de groupe) et son vécu. La discussion permet de préciser et de clarifier les pensées. Elle explore aussi bien les « comment ? » que les « pourquoi ? ». Elle n'écarte pas les illettrés. L'expression sans tabou de certains peut lever les inhibitions des autres. L'expérience commune partagée peut entraîner des solidarités. Le collectif peut donner plus de poids aux critiques que dans des entretiens individuels.

Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur. (cf. encadré 1)

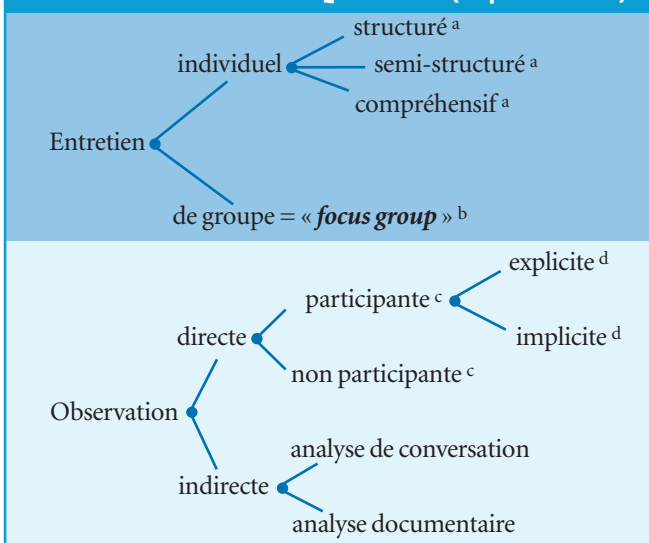
**a/** L'entretien structuré repose sur l'utilisation d'un questionnaire structuré administré par un enquêteur (technique à la limite entre recherche qualitative et recherche quantitative); l'entretien semi-structuré comporte des questions ouvertes; l'entretien compréhensif aborde seulement un ou deux sujets, mais de façon plus approfondie.

**b/** Le *focus group* est habituellement considéré comme une technique d'entretien semi-structuré.

**c/** L'observation directe est dite « participante » lorsque le chercheur s'intègre dans la vie quotidienne du groupe étudié, « non participante » lorsqu'il adopte une position d'observateur externe.

**d/** L'observation participante est dite « explicite » ou « implicite » (rarement mise en œuvre en pratique) selon que le groupe étudié est informé ou non du fait que l'observateur participant est aussi chercheur.

#### LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES DE RECUEIL DE DONNÉES DANS LE CADRE DE LA RECHERCHE QUALITATIVE (d'après Britten<sup>13</sup>)



## Recueil des données 3, 6-8

**Thème, objectifs.** Au départ, il faut cibler le thème : quel est le problème posé ? Pourquoi mener cette étude ? Quels types d'information recueillir ? Comment les utiliser ?

Le protocole est préétabli par les chercheurs et l'objectif doit être décrit de manière explicite.

**Les questions.** Une demi-douzaine de questions courtes et claires sont à élaborer. Elles doivent être ouvertes et stimuler le travail du groupe. Les questions vont du domaine le plus général au plus spécifique. Une étude pilote peut être réalisée pour tester les questions. La première réunion peut permettre de vérifier si le questionnement est bien adapté. Il est possible d'y apporter quelques modifications.

**Sélection des participants.** Les participants ont des caractéristiques communes et homogènes en lien avec le thème abordé. Leur sélection vise à panacher les opinions pour faire émerger tous les points de vue sur le sujet. Il ne s'agit pas ici d'être représentatif de la population source. Ce sont des professionnels de santé ou des patients/usagers de la médecine. Le nombre de participants est de 6 à 8 en moyenne, tous volontaires.

**Modérateur et observateur.** Un modérateur est chargé d'animer le groupe. Son objectif est de faire émerger les différents points de vue. Il peut laisser au départ la dynamique de groupe agir de manière non directive puis recentrer en fin de séance. Il doit bien maîtriser la technique de conduite de réunion par la reformulation, la clarification, et l'esprit de synthèse.

Il est aidé par un observateur du groupe qui connaît la thématique et s'occupe des enregistrements audio des séances. Celui-ci est aussi chargé de noter les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissent lors des réunions. L'aspect technique doit être bien réglé avant le début de réunion (attention aux bruits parasites). La vidéo peut éventuellement être utilisée.

**La séance.** Le lieu doit être neutre, agréable et convivial, dans une atmosphère détendue.

En début de séance, le principe du *focus group* et les questions sont présentés aux participants. Il leur est demandé leur accord pour la retranscription de tout ce qui se dit pour l'analyse ultérieure et l'utilisation des données à des fins scientifiques. Le respect de l'anonymat et de toutes les opinions est obligatoire et ceci est annoncé en début de séance.

Chaque question est abordée en moyenne pendant 15 minutes et la séance dure environ 2 heures.

Une synthèse peut être réalisée en fin de groupe pour vérifier l'accord des participants avec ce qui a été retenu. Le nombre de séances n'est pas fixé à l'avance mais celles-ci sont répétées jusqu'à épuisement du thème ; il faut en compter au minimum 3 à 4 par thème.

## Analyse du contenu

**La 1<sup>re</sup> étape est une phase de collecte.** Il s'agit de transcrire ce qui a été dit immédiatement après la séance. Les commentaires des modérateurs sont identifiés. Les paroles de chaque intervenant, retranscrites mot à mot, doivent être bien individualisées de même que tous les aspects non verbaux. Il faut compter 8 heures de transcription pour une 1 heure d'entretien.

**La 2<sup>e</sup> étape est la phase d'analyse** proprement dite. Une procédure systématique a été déterminée au préalable dans le protocole. L'analyse doit être reproductible : quelle que soit la personne qui la fait, les conclusions doivent être les mêmes. Il n'y a pas forcément de séparation entre la collecte et cette phase d'analyse : dès la collecte du premier groupe, une première analyse permet de mieux préciser les questions du second groupe. L'analyse porte aussi bien sur le verbal que le non verbal et l'émotionnel. Elle doit se faire sans a priori et rester focalisée sur le thème, les questions clés.

L'analyse dite de « la table longue » est utilisée : le principe de base consiste à analyser les transcriptions de paroles des participants (verbatim) qui sont découpées, classées, comparées et confrontées. Tous ces verbatim sont étiquetés en fonction de l'idée ou du

## ENCADRÉ 1: LA MÉTHODE DES FOCUS GROUPS EST-ELLE APPROPRIÉE ?

### Quand utiliser la méthode des focus groups ?

- Pour étudier la variété des opinions et sentiments des acteurs sur un sujet donné.
- Pour mettre en évidence des différences de perspective entre des groupes d'individus (patients versus professionnels de santé, responsables administratifs versus professionnels de santé, patients de différentes ethnies...).
- Pour objectiver les facteurs associés aux opinions, les comportements ou les motivations.
- Pour faire émerger, ou tester, des idées nouvelles de façon interactive au sein d'un groupe.
- Pour recueillir de l'information utile à la préparation, ou à l'interprétation des résultats, d'une étude quantitative.

### Quand ne pas utiliser la méthode des focus groups ?

- Pour établir un consensus.
- Pour éduquer les participants.
- Pour recueillir une information sensible (susceptible de porter préjudice à quelqu'un si elle est partagée au sein d'un groupe) ou sur un sujet conflictuel (sur lequel les opinions sont radicalisées).
- Pour faire des inférences statistiques.

## ENCADRÉ 2 : AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE DES FOCUS GROUPS

### Avantages :

- méthode de recherche économique en temps de recueil de données et en argent ;
- participants analphabètes admis à participer ;
- environnement favorisant l'expression et la discussion d'opinions controversées ;
- échantillonnage du groupe sans exigence de représentativité ;
- opportunité pour les médecins généralistes/de famille d'étudier certains aspects de leur pratique.

### Inconvénients :

- analyse des données longue et fastidieuse ;
- risque de domination de certains participants au sein du groupe (leaders d'opinion).

sous-thème qui peut les résumer (« occurrence »). Cela peut être une expression, une phrase significative, un sentiment, un mot clé... Les occurrences peuvent être regroupées en grand thème ou grand concept (« dimension »).

Cette phase de codage permet d'éliminer les « hors sujet », et de pondérer les résultats en notant leur fréquence s'il y a répétition de certains thèmes ou de souligner le non-verbal et l'émotionnel qui y est associé. Il faut éviter tout a priori et ne jamais perdre de vue l'objectif de l'étude.

**Le rapport écrit** comprend une synthèse narrative et descriptive, suivie d'une analyse interprétative des données et de recommandations éventuelles.

**Certains utilisent l'analyse assistée par ordinateur** en classant les items avec la fonction « couper, coller ». Des corrélations avec les données sociodémographiques peuvent être analysées par exemple. D'autres utilisent des logiciels de statistiques textuelles (« the ethnographe, NUD\*IST »). Il est aussi possible de faire une analyse sonore à partir des enregistrements (logiciel « sound forge »).

## Intérêts et limites de la méthode (encadré 2)

**L'avantage de la méthode** réside dans les aspects positifs de l'interaction et de la dynamique de groupe.<sup>4</sup> Les échanges favorisent l'émergence des connaissances, opinions et expériences comme une réaction en chaîne. Tout ce qui a de la valeur pour les

## FOCUS GROUP

personnes est abordé, comparé et confronté. Le « comment ? » et le « pourquoi ? » sont abordés sans préjugés. Le chercheur est comme un explorateur qui peut connaître en partie le terrain, mais va aussi découvrir des domaines inconnus. Tout est « valide » : même une seule idée minoritaire est « vraie ».

**Les limites du focus group** résultent des aspects négatifs de l'interaction de groupe. Il peut y avoir des réticences à exprimer des idées personnelles. Il peut se dégager des normes de groupe, source de blocage. Il faut éviter les relations de hiérarchie (effets de leader d'opinion) ou conflictuelles entre participants. Les résultats d'une étude par *focus group* ne peuvent pas être généralisés, car le groupe n'a pas été constitué dans un but de représentativité de la population source. Mais les résultats peuvent être utilisés secondairement pour l'élaboration du questionnaire d'une enquête quantitative sur un échantillon représentatif. Cette technique demande au chercheur d'y consacrer beaucoup de temps.

### CONCLUSION

La technique d'entretien de groupe dite de *Focus group* mérite de se développer en France. Elle permet une approche qualitative de nombreuses problématiques rencontrées en médecine générale. Le développement de la recherche en médecine générale nécessite de créer des liens avec les sciences humaines et d'assimiler des méthodologies issues de la socio-anthropologie.

### Références

1. Senz B, Orvain J, Doumenc M. Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et critères utilisés en médecine ambulatoire. ANAES. Service évaluation en secteur libéral 2000.

2. Britten N. Qualitative research : qualitative interviews in medical research. *BMJ* 1995 ; 311 : 251-3.

3. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 3rd edition. Thousand Oaks-London-New Delhi : Sage publications, 2000 : 125-55 ; 195-206.

4. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Nathan, 1992.

5. De Singly F. L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. Paris : Nathan, 1992.

6. Kitzinger J. Qualitative research: Introducing focus groups. *BMJ* 1995 ; 311 : 299-302.

7. Pope C, Mays N. Qualitative Research; reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995 ; 311 : 42-5.

8. Mays N, Pope C. Qualitative research: rigor and qualitative research. *BMJ* 1995 ; 311 : 109-12.

9. Steine S, Finset A, Laerum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of interaction, emotion and consultation outcome. *Fam Pract* 2001 ; 18 : 410-8.

10. Edwards A, Erwyn G, Gwyn R. General practice registrar responses to the use of different risk communication tools in simulated consultation: a focus group study. *BMJ* 1999 ; 319 : 749-52.

11. Kuzel AJ, Moore SS. Choosing a specialty during a generalist initiative: a focus group study. *Fam Med* 1999 ; 31 : 641-6.

12. Murray S, Tapon J, Turnball L, Mc Callum J, Little A. Listening to vocal voices: adapting rapid appraisal to access health and social needs in general practice. *BMJ* 1994 ; 308 : 698-700.

13. Britten N, Jones R, Murphy E, Stacy R. Qualitative research methods in general practice and primary care. *Fam Pract* 1995 ; 12 : 104-14.

14. Dedianne MC, Hauzanneau, Labarere J, Moreau A. Relation médecin-malade en soins primaires : qu'attendent les patients ? Investigation par la méthode qualitative des « focus groups ». *Rev Prat Med Gen* 2003 ; 17 : 653-6.

### QUELQUES APPLICATIONS DANS LE CHAMP DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

La méthode de *focus group* a été appliquée à différents domaines dont nous présentons quelques exemples.

#### → Améliorer la communication médicale

par une meilleure compréhension des perspectives des patients.<sup>9</sup> Les 6 *focus groups* avaient une finalité exploratoire et précédaient l'élaboration d'un questionnaire d'enquête sur la consultation à partir de l'expérience des patients. Le *focus group* de patients a identifié les aspects de leur expérience décrits avec leurs mots et leur langage, avec des réponses personnelles, immédiates et affectives. Ces aspects n'étaient pas prévus dans un simple questionnaire sur la satisfaction.

→ Évaluer l'effet de la formation des généralistes sur la communication concernant tous les facteurs de risque rencontrés chez des patients en pratique ambulatoire (aussi bien dans le domaine cardiovasculaire, cancérologique, ostéoporose...)<sup>10</sup>

Quatre *focus groups* ont rassemblé patients et médecins à la suite de consultations au cours desquelles les médecins avaient utilisé divers instruments pour parler de prévention (le verbal avec utilisation de qualitatifs comme « fréquents, rares... » concernant ces risques, des données numériques « pourcentages, statistiques » ou des données graphiques).

L'instrument éducatif le plus apprécié était le graphique par sa clarté pour le patient et son faible coût en temps pour le médecin.

→ Étudier les attitudes des médecins généralistes australiens envers l'*evidence based-medicine* (EBM), à partir d'un *focus group*.<sup>11</sup> Les médecins ont utilisé la méthode de l'EBM lors de différentes consultations et en ont discuté ensuite au sein d'un *focus group*. Ils ont conclu que cette méthode pouvait être utile si les patients avaient besoin de valider leur prise en charge, mais qu'il était souvent difficile de l'appliquer à un cas individuel.

→ Explorer la définition et l'appréciation des besoins sociaux et de soins d'une communauté afin d'adapter l'offre des services concernés.<sup>12</sup>

La première partie de l'étude a été faite par des interviews individuelles, puis les propositions ont été discutées au sein de deux *focus groups*. Des priorités d'intervention ont pu être mises en évidence, comme prévoir des bus pour se rendre sur les lieux de consultations, créer des espaces de jeux pour les enfants, et demander aux pharmaciens de mieux expliquer le suivi des prescriptions.

→ Mettre en évidence les critères de qualité de la relation médecin-patient voulus, attendus ou perçus par des médecins généralistes et des patients.<sup>14</sup>

Huit *focus group* (FG) réalisées dans

la région Rhône Alpes en France auprès de médecins généralistes (4 FG) et de patients (4 FG) ont montré :

- les critères faisant consensus entre médecin et patient : critères de l'ordre de la compétence biomédicale (un médecin expérimenté, convaincant, un examen clinique complet...)
- et critères « traditionnels » (respect du patient par le médecin, confiance réciproque, écoute empathique...);
- les critères plus spécifiques aux médecins (un examen clinique partiel suffisant, le maintien d'une distance professionnelle, les besoins de repos et d'une bonne rémunération...)
- ou problématiques pour le médecin (le manque d'assurance, le mythe de la toute puissance du médecin, la relation de séduction, être médecin au féminin...);
- les critères plus spécifiques aux patients (libre choix du médecin, médecin de famille, de premier recours, polyvalent, qui dit la vérité, ne juge pas, n'est pas mercantile, qui a le droit à l'erreur s'il la reconnaît...).

La connaissance de critères problématiques peut permettre d'améliorer la qualité de la relation médecin-patient et être utilisée dans la formation du médecin. Ces critères pourraient aussi être utilisés dans l'élaboration d'un questionnaire de satisfaction pour une démarche de qualité en médecine ambulatoire.