

# L'utilisation des groupes de discussion dans l'élaboration des politiques de santé

Lisa Birch et François Pétry

Volume 29, numéro 3, février 2011

Entretiens de groupe : concepts, usages et ancrages II

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1085875ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1085875ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

## Éditeur(s)

Association pour la recherche qualitative (ARQ), Université du Québec à Trois-Rivières

ISSN

1715-8702 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

## Citer cet article

Birch, L. & Pétry, F. (2011). L'utilisation des groupes de discussion dans l'élaboration des politiques de santé. *Recherches qualitatives*, 29(3), 103–132. <https://doi.org/10.7202/1085875ar>

## Résumé de l'article

Cette étude empirique apporte un premier éclairage sur l'utilisation croissante des groupes de discussion (GD) dans la recherche sur l'opinion publique (ROP) commanditée principalement par Santé Canada. À la suite d'une recension des écrits concernant les GD, nous comparons l'utilisation de cette technique dans trois secteurs qui ont suscité un haut niveau d'activité de ROP principalement à Santé Canada entre 1995 et 2007 : la lutte contre le tabagisme, la biotechnologie et l'avenir du système de santé. Nous répondons aux questions suivantes : Quel emploi fait-on de cette technique par rapport aux sondages ? Comment les données produites par les GD sont-elles utilisées dans l'élaboration des politiques publiques en santé ? Quelle est la qualité des résultats des GD ? Les résultats proviennent d'une analyse de contenu de trois corpus de données : des rapports de recherche et des instruments politiques, des entrevues avec des intervenants et des décideurs gouvernementaux ainsi que des données d'archives. Nous constatons que Santé Canada utilise les GD en solo et en combinaison avec des sondages à des fins instrumentale, conceptuelle et stratégique dans l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation des politiques publiques.

# L'utilisation des groupes de discussion dans l'élaboration des politiques de santé

**Lisa Birch**, Ph.D.

---

Université Laval

**François Pétry**, Ph.D.

---

Université Laval

## Résumé

Cette étude empirique apporte un premier éclairage sur l'utilisation croissante des groupes de discussion (GD) dans la recherche sur l'opinion publique (ROP) commanditée principalement par Santé Canada. À la suite d'une recension des écrits concernant les GD, nous comparons l'utilisation de cette technique dans trois secteurs qui ont suscité un haut niveau d'activité de ROP principalement à Santé Canada entre 1995 et 2007 : la lutte contre le tabagisme, la biotechnologie et l'avenir du système de santé. Nous répondons aux questions suivantes : Quel emploi fait-on de cette technique par rapport aux sondages? Comment les données produites par les GD sont-elles utilisées dans l'élaboration des politiques publiques en santé? Quelle est la qualité des résultats des GD? Les résultats proviennent d'une analyse de contenu de trois corpus de données : des rapports de recherche et des instruments politiques, des entrevues avec des intervenants et des décideurs gouvernementaux ainsi que des données d'archives. Nous constatons que Santé Canada utilise les GD en solo et en combinaison avec des sondages à des fins instrumentale, conceptuelle et stratégique dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques.

## Mots clés

GROUPE DE DISCUSSION, *FOCUS GROUP*, GROUPE DE DIAGNOSTIC, COMMUNICATION DES ORGANISATIONS, RECHERCHE-ACTION, UTILISATION DE LA RECHERCHE

## Introduction

Le recours à la méthodologie des groupes de discussion (GD) est en forte croissance dans plusieurs domaines (Fern, 2001; Morgan, 1997) et plus particulièrement en santé (Barbour & Kitzinger, 1999; Sim, 1998) depuis le milieu des années 1990. Certains expliquent cette popularité par des facteurs

institutionnels découlant entre autres du coût des GD, qui est moindre que celui des autres techniques, et par des avantages liés au processus, car les GD permettent aux décideurs gouvernementaux de « voir et entendre » la volonté populaire et d'obtenir des réponses immédiates à leurs questions (Schmidt & Hollensen, 2006). D'autres expliquent cet intérêt par le besoin de réconcilier les perspectives des experts et des citoyens/patients/consommateurs (Cunningham-Burely, Kerr & Pavis, 1999). Le besoin d'informer la médecine et les politiques publiques en santé par des données probantes a également contribué à l'essor des GD désormais perçus comme une méthode polyvalente et puissante permettant de dévoiler la construction sociale du sens et des opinions des citoyens possesseurs d'une certaine expertise en tant qu'utilisateurs réels ou potentiels des services du système de santé.

Le gain remarquable d'intérêt pour les GD dans le domaine des services de santé, surtout depuis le virage vers les soins et les politiques de santé reposant sur des données probantes (Popay, Rogers & Williams, 1998) s'explique en partie par la perception que les GD aident à réduire l'écart entre les données probantes et la pratique (Sandelowski, 2004), notamment en générant des connaissances spécifiques quant aux groupes cibles, au contexte d'intervention et à la façon d'adapter l'intervention aux besoins de ces derniers. Selon Sandelowski (2004), les GD contribuent à la formalisation d'un corpus de connaissances tacites et pratiques qui sont essentielles aux interventions cliniques basées sur les données probantes. Ils aident à décortiquer les liens complexes entre les attitudes, les opinions et les comportements dans un contexte d'interaction sociale (Morgan, 1997) et médicale (Barbour, 2005), permettant ainsi d'accroître les connaissances fines et pratiques concernant la pertinence, l'opportunité et l'efficacité d'interventions en santé (Grypdonck, 2006; Newman, Thompson & Roberts, 2006; Popay, Rogers & Williams, 1998; Sandelowski, 2004). Dans les politiques publiques en santé, les GD peuvent offrir une autre voie à la participation citoyenne, favorisant ainsi la démocratisation de la santé à condition que les données des GD soient prises en considération (Thorne, 1997).

Malgré la popularité croissante des GD dans l'élaboration des politiques publiques en santé, il existe peu de connaissances empiriques sur ce phénomène et sur cette technique (Bristol, 1999; Fern, 2001; Morgan, 1997). Les manuels de méthodologie offrent des informations descriptives, voire normatives, concernant le nombre et la taille idéale des groupes, leur composition (hétérogènes ou homogènes), la qualité des participants, ou encore le rôle du modérateur. Il n'existe pas de consensus méthodologique parmi les experts, mais plutôt un ensemble de consignes basées sur la « sagesse des praticiens » qui recourent à ce dispositif de recherche (Fern, 2001; Morgan,

1997; Schmidt & Hollensen, 2006; Stewart, Shamdasani & Rook, 2007). Ces consignes sont fortement influencées par les expériences en marketing. De plus, il y a absence d'un code de standards techniques de qualité en dépit des multiples appels en faveur de règles communes concernant les informations méthodologiques à dévoiler afin de faciliter une certaine réplication et surtout une accréation des connaissances produites par les GD (Fern, 2001; Morgan, 1996; Popay, Rogers & Williams, 1998; Stewart, Shamdasani & Rook, 2007).

### **Considérations théoriques sur la méthodologie des groupes de discussion**

Selon les spécialistes, les GD constituent une méthode susceptible de répondre à des objectifs de recherche exploratoires, théoriques, évaluatifs et même cliniques (Calder, 1977; Fern, 1982a, 2001; Kitzinger, 1994; Morgan, 1997, Schmidt & Hollensen, 2006). Les manuels spécialisés en recherche qualitative en sciences sociales et en santé consacrent maintenant des chapitres entiers aux GD et à leur usage (Bowling, 2002; Bowling & Ebrahim, 2005; Hesse-Biber & Leavy, 2004, 2006; Hoeffler, 2005; Holloway, 2005; Latimer, 2003; Pope & Mays, 2006; Seale, 2004; Silverman, 2005). Dans le cadre d'une étude exploratoire, les GD contribuent au développement d'hypothèses théoriques concernant les référentiels communs à un groupe, la gamme d'opinions et d'idées que l'on retrouve dans ce groupe ainsi que les liens entre les croyances, les attitudes, les opinions et les comportements de ses membres. Les résultats des GD sont potentiellement transposables à l'ensemble d'une population semblable au groupe quant à l'existence de différents courants d'idées. Ils ne sont toutefois pas généralisables à la population générale, d'où la pertinence, selon McQuarrie et McIntyre (1988), d'études quantitatives ultérieures si les utilisateurs des données souhaitent connaître la prévalence de ces courants auprès de la population dans son ensemble. En recherche appliquée, les GD permettent de dégager des idées nouvelles, de clarifier les besoins, les préférences et les opinions des sujets ciblés par une intervention sociale quelconque et d'identifier les réactions possibles à une nouvelle intervention. Les GD permettent de mieux comprendre les groupes linguistiques et culturels minoritaires et les groupes marginalisés ou vulnérables, contribuant ainsi à améliorer les interventions sociales et les services auprès de ces groupes, notamment en cernant mieux leurs besoins (Calderon, Baker & Wolf, 2000; Halcomb, Gholizadeh, DiGiacomo, Phillips & Davidson, 2007; Överlien, Aronsson & Hydén, 2005). En évaluation *ex ante* et *ex poste*, les GD servent à développer des outils d'intervention mieux adaptés à la clientèle cible, à anticiper et ensuite à déterminer l'efficacité des programmes ou des politiques, ou encore à comprendre quand, comment et pourquoi certaines interventions

fonctionnent avec certains groupes cibles et pas d'autres (Barbour & Kitzinger, 1999). Certains auteurs explorent des variantes délibératives des GD où les participants sont exposés à des connaissances d'experts (pour un exemple, voir Jaeger, Schule & Kasemir, 1999).

En 2001, Fern a proposé un plan de recherche empirique sur les GD axé sur la méthodologie et les connaissances générées par celle-ci. Ce plan mérite d'être relancé pour développer des connaissances fines sur l'emploi approprié des GD selon le problème de recherche, les caractéristiques des sujets humains qui y participent, le déroulement des discussions, le traitement des données produites et l'utilisation attendue des résultats. De plus, l'accrétion des connaissances sur les GD et sur les résultats produits par les GD serait facilitée par le dévoilement systématique d'un minimum d'informations méthodologiques portant sur la composition des groupes, la taille réelle des groupes, la structure de modération adoptée ainsi que le déroulement des discussions. Cela simplifierait aussi l'appréciation de la « transférabilité » des résultats d'une étude à un autre contexte ou problème. Notre étude se veut une tentative de répondre à cet appel en faveur de données empiriques sur l'emploi des GD et l'utilisation des résultats.

Au sein du gouvernement fédéral du Canada, la recherche sur l'opinion publique (ROP) a progressé de façon fulgurante à partir du milieu des années 1990. Le rapport Paillé (2007) affirme que le gouvernement fédéral a commandité pas moins de 6 685 études de ROP entre 1990 et 2007 pour une valeur totale de 294,2 millions de dollars. Il y a eu 546 projets de ROP pour la seule année financière 2006-2007, soit « deux sondages par journée ouvrable » (Paillé, 2007, p. 7). Le terme *sondages* est ici employé au sens générique. Car en réalité les projets de ROP font de plus en plus appel à des GD. Santé Canada et, plus particulièrement le Programme de la lutte au tabagisme, occupe la première place dans le palmarès des commanditaires de la ROP. Les GD déployés par Santé Canada correspondent à la définition classique de cette technique, soit des petits groupes relativement homogènes, composés d'une dizaine de personnes qui sont recrutées selon des critères de recherche établis et qui discutent ouvertement de différents sujets en suivant les consignes d'un modérateur. Il s'agit principalement d'une méthode qualitative appliquée à des fins exploratoires ou expérientielles. Nous proposons un premier regard empirique sur la fréquence d'emploi de cette technique par rapport aux sondages, les types d'utilisation des données produites par les GD dans l'élaboration des politiques publiques à Santé Canada et la qualité des études. Nous nous limiterons à des observations empiriques à propos de la ROP dans trois secteurs, soit la lutte au tabagisme, la biotechnologie et l'avenir du système de santé.

## Questions et méthodologie de la recherche

Notre projet de recherche a comme point de départ cinq questions de recherche. Les trois premières questions ont trait à la pratique des groupes de discussion en comparaison avec les sondages. Les groupes de discussion en santé sont-ils employés de préférence en solo ou en parallèle avec les sondages? Les gens qui les composent sont-ils plus représentatifs de la population canadienne ou de sous-groupes de cette population? Les études basées sur les groupes de discussion ont-elles une envergure plus large ou au contraire plus petite que les études de sondages? Une quatrième question a trait à l'utilisation des résultats des groupes de discussion. Y a-t-il des différences notables dans les utilisations identifiées précédemment, selon qu'on examine les résultats de groupes de discussion ou ceux de sondages? La cinquième question qui a retenu notre attention est celle-ci : les groupes de discussion et les sondages respectent-ils les standards de qualité concernant la divulgation d'informations méthodologiques?

Notre étude empirique s'appuie sur l'analyse du contenu de 305 rapports de ROP commandités principalement par Santé Canada entre 1995 et 2007, dont 204 portant sur la lutte antitabac, 59 sur l'avenir du système de santé et 42 sur les biotechnologies. Dans ces rapports, nous trouvons des références à 412 instruments de mesure, soit des questionnaires de sondage ou des guides de modérateur, dont 274 concernent la lutte au tabagisme, 78 le système de santé et 60 les biotechnologies. L'analyse de contenu s'est effectuée en trois étapes : 1) l'analyse des caractéristiques méthodologiques de base des rapports et de la manière dont ils respectent les standards techniques de qualité; 2) l'analyse des instruments de recherche (questionnaires de sondages et guides de modérateur); 3) l'analyse qualitative du contenu des résultats rapportés.

La première démarche d'analyse du contenu portait principalement sur les standards techniques. Il s'agissait de collecter des données sur la présentation des informations de base concernant la méthodologie de recherche et les objectifs de recherche à l'aide d'un manuel de codage. Les codeurs devaient examiner les rapports et leurs appendices dans le but de relever différentes informations et de constater celles qui étaient absentes. En nous inspirant des codes professionnels (tels ceux de MRIA (2007) et AAPOR (2005)), des règles gouvernementales et des écrits scientifiques, nous avons identifié 20 éléments d'information qui permettraient à un utilisateur potentiel d'évaluer la qualité et la rigueur de l'étude. Parmi les informations qui étaient identiques pour les sondages et les GD, notons, à titre d'exemples, le nom du commanditaire, le nom de la maison de recherche, la présence de l'instrument de mesure (guide de modérateur ou questionnaire) et la présence d'une section

dans le rapport détaillant la méthodologie. Les autres items analogues et, parfois, propres à chaque type de recherche étaient également recherchés dans les rapports. Pour les GD, les codeurs vérifiaient la présence d'indications claires concernant notamment le nombre de groupes, leur composition, leur taille théorique et leur taille réelle et le mode de recrutement des participants. Pour les sondages, ils cherchaient des indications claires concernant la taille de l'échantillon, le taux de réponse et les marges d'erreur. Dans les deux cas, la présence d'une information de base était indiquée par « 1 » et son absence, par « 0 ». Lors de ce premier codage, les objectifs de recherche dans les rapports ont été codés selon les catégories d'utilisation instrumentale, conceptuelle, stratégique et évaluative<sup>1</sup>. Après deux prétests de codage, le codage des rapports pour la méthodologie et les standards techniques a été réalisé en double codage avec conciliation et arbitrage au besoin lors de l'analyse des 305 rapports. Les résultats des tests de fiabilité entre codeurs (corrélation) varient entre une valeur haute de 95 % et une valeur basse de 65 % environ.

Une deuxième démarche de codage a eu lieu pour analyser les instruments de mesure. Chaque question dans les questionnaires et les guides de modérateur a été classifiée selon le sujet principal de la question. La grille pour ce codage était divisée en deux parties. La première partie regroupait toutes les questions sollicitant une opinion publique de qualité se rapprochant d'un jugement public. Nous nous sommes inspirés de plusieurs auteurs, notamment Yankelovich (1991) et Price et Neijens (1997) qui se souciaient de la qualité de l'opinion publique. Cette partie de la grille classifiait des questions sur l'orientation de la politique, les instruments spécifiques de la politique, les outils de communication en relations publiques, les connaissances de l'enjeu et des politiques publiques pertinents, les priorités, les perceptions de l'efficacité de la politique ou de ses instruments, les conséquences des choix politiques, l'implication et l'engagement des répondants relativement à l'enjeu, la probabilité que le répondant change d'avis et ainsi de suite. Après le premier prétest, lorsque nous avons constaté que beaucoup de questions ne sollicitaient pas d'opinions politiques, nous avons développé la deuxième partie de la grille de codage qui classe des questions sur le comportement actuel ou futur des répondants, leur confiance envers les acteurs, les opinions diverses à propos de l'enjeu ou de la politique en général. À titre d'exemple, dans les catégories d'opinions générales par rapport à l'enjeu ou à la politique, nous avons classé respectivement des questions de tolérance au risque en biotechnologie et d'attribution de blâme aux gouvernements pour la crise dans le système de santé. Pour coder les questions, les codeurs devaient tenir compte du contexte général de la recherche et du contexte propre à la question. Le codage des instruments de mesure s'est fait en double codage avec conciliation en groupe

avec une règle d'arbitrage de quatre codeurs sur cinq pour les cas de désaccord persistants. Dans cet article, nous ne présentons qu'un aperçu du contenu des questions et non pas les résultats détaillés de cette analyse.

Pour le deuxième codage, la présence de questionnaires et de guides de modérateur dans les rapports a permis de déterminer le nombre de sondages et de GD analysés dans chacun des trois domaines. Ainsi, dans les rapports en lien avec l'avenir du système de santé, nous avons analysé 28 sondages et 14 GD. Par contre, 20 questionnaires de sondage et 12 guides de modérateur manquaient. En outre, dans quatre autres cas de GD, il s'agissait de formats quasi délibératifs qui se prêtaient mieux à une analyse strictement qualitative pour identifier les thèmes abordés et la teneur des discussions, ce qui a été fait. Dans le domaine des biotechnologies, 23 sondages et 28 GD ont pu être analysés (quatre questionnaires et cinq guides manquaient). Dans le dossier de la lutte au tabagisme, nous n'avons sélectionné que 134 des 274 instruments de mesure. Nous avons retenu ceux dont le thème principal était soit les avertissements pour la santé, soit la fumée secondaire, soit le cadre légal et la stratégie nationale de lutte contre le tabagisme; ces sujets ont donné lieu à 89 sondages et 38 GD, avec respectivement cinq et deux cas manquants. Les deux premiers thèmes sont les deux plus importants tandis que le troisième concerne les décisions macropolitiques.

Les rapports de ROP ont aussi fait l'objet d'une analyse de contenu qualitative afin de connaître la présentation des résultats ainsi que la teneur des propos d'interprétation. Nous avons aussi noté des suggestions et des formes de questionnement à caractère stratégique. Par exemple, dans certains cas, les répondants devaient indiquer leur accord ou leur désaccord avec une série d'arguments en faveur d'une politique et ensuite leur accord ou leur désaccord avec une série d'arguments contre une politique. Même si les objectifs de recherche ne mentionnaient pas une visée stratégique, il paraît évident que ce type de questionnement produit de l'information qui est potentiellement très utile sur le plan stratégique. Les données provenant de l'analyse de contenu qualitative ont été comparées aux résultats d'entrevues avec des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux (y compris les organisations non gouvernementales (ONG) de la santé et de l'industrie de tabac, un ONG protabac et les sondeurs) et aux données d'analyses des documents d'archives publiques et des documents disponibles sur les sites Web du gouvernement, incluant les instruments politiques, les énoncés politiques et les documents s'y rattachant. Pour nous assurer de la crédibilité des résultats, nous avons invité plusieurs participants à cette étude à examiner des versions préliminaires de textes présentant nos résultats et analyses et à nous faire part de leurs commentaires.



## Résultats

Des efforts considérables de recherche sur l'opinion publique ont été déployés entre 1995 et 2007 dans les trois domaines à l'étude. En effet, près de 337 500 citoyens ont répondu à 250 sondages (avec en moyenne 1 350 répondants par sondage) et approximativement 17 000 personnes ont participé à 1 567 groupes de discussion. Sur le sujet de la lutte antitabac, il y a eu dix groupes de discussion par étude en moyenne – comparativement à huit en santé et à neuf en biotechnologies –, ayant typiquement entre sept et dix participants, ce qui est conforme aux standards théoriques. Tout cela a alimenté 305 rapports, remplissant plus de 30 345 pages. Qu'apprenons-nous sur la pratique de la ROP par l'État à partir de cet effort de production de connaissances sur les attitudes, les opinions et les comportements des citoyens?

### *La pratique comparée des groupes de discussion et des sondages dans la ROP gouvernementale*

D'abord, les échantillons privilégiés diffèrent selon la technique de recherche employée et selon le domaine étudié (voir le Tableau 1). Les sondages en biotechnologies et sur le système de santé s'adressaient principalement à des individus choisis par un échantillonnage aléatoire de la population canadienne tandis que ceux portant sur le tabagisme visaient beaucoup plus des sous-groupes bien ciblés, tels que les fumeurs ou les jeunes que la population canadienne dans son ensemble. Dans ce secteur, la décision macropolitique d'adopter une politique de contrôle du tabagisme semble bénéficier d'un consensus permissif des citoyens. Ainsi, les efforts de la ROP sont principalement liés à la mise en œuvre de la politique, au développement des instruments pour atteindre les objectifs politiques, à la surveillance et à l'évaluation. Dans les autres domaines, les choix macropolitiques sont en jeu, les débats publics sont parfois très intenses et l'environnement politique est en mouvance, d'où les besoins de consulter plus souvent les citoyens en général et occasionnellement des sous-groupes ciblés. Par exemple, parmi tous les sous-groupes sollicités dans les sondages sur l'avenir du système de santé, 22,9 % des cas sont composés de « citoyens informés » (parfois appelés « leaders d'opinion »). Les autres sous-groupes visés par ces sondages se constituent de citoyens des provinces et régions où les enjeux du débat sur l'avenir du système avaient des aspects controversés pour Santé Canada. En biotechnologies, l'opinion des citoyens informés est recherchée dans 44,4 % des cas où l'échantillonnage inclut un sous groupe tandis qu'en matière de lutte au tabagisme, les leaders d'opinion sont rarement ciblés pour l'échantillonnage (2,9 % des cas).

Tableau 1  
 Comparaison des échantillons des sondages et  
 des groupes de discussion (% de cas)

<b>Échantillons des sondages</b>			
<b>Échantillons</b>	<b>Biotech. n=27</b>	<b>Santé n=48</b>	<b>Tabac n=171</b>
Population canadienne	70,4	68,8	26,3
Sous-groupe	11,1	22,9	60,2
Les deux	11,1	4,2	12,9
Manquant	7,4	4,2	0,6
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Échantillons des GD</b>			
<b>Échantillons</b>	<b>Biotech. n=33</b>	<b>Santé n=30</b>	<b>Tabac n=103</b>
Population canadienne	12,1	36,7	1,9
Sous-groupe	24,2	43,3	82,5
Les deux	57,6	6,7	14,6
Manquant	6,1	13,3	1,0
Total	100,0	100,0	100,0

Le portrait est différent en ce qui concerne les GD. Les participants issus de sous-groupes de la population canadienne deviennent beaucoup plus importants. Ils donnent une voix à différentes catégories de citoyens qui sont définies selon les besoins d'information dans chaque secteur. Pour les GD sur le tabagisme, les sous-groupes retenus reflètent la segmentation de la population cible de la politique, à savoir les fumeurs occasionnels, les parents fumeurs, les fumeurs de cigarettes « douces et légères », les jeunes par tranches d'âge et par sexe, les Autochtones, les Francophones et les fumeurs moins lettrés. Tous les cas d'inclusion des leaders d'opinion dans la composition des GD sur le tabagisme se situent entre 2001 et 2003 au début d'une des trois campagnes de marketing social (la cessation, les descripteurs « doux et léger » et la fumée secondaire). Santé Canada sollicitait l'opinion de ces leaders d'opinion concernant la capacité de ces campagnes à sensibiliser leurs concitoyens, à les inciter à modifier leurs comportements et à les mobiliser en faveur de règlements plus contraignants.

Les sous-groupes ciblés pour discuter du système de santé devaient permettre d'aller chercher l'opinion des citoyens dans les régions et provinces. Dans le cas du Québec, les GD sur ce sujet ont rendu évidente la différence québécoise en ce qui concerne l'idée des standards nationaux et de l'autonomie provinciale. L'appel aux leaders d'opinion dans les GD sur le système de santé est plus périodique et stratégique et représente 16,7 % des cas. En effet, au début de la crise budgétaire en 1996, à l'aube des réformes, les leaders d'opinion ont discuté des valeurs canadiennes en examinant des scénarios quant aux services couverts dans une société multiculturelle et au financement du système. Quatre années plus tard, des leaders d'opinion participaient à des entretiens commandités par le ministère des Finances en anticipation des réinvestissements dans le système. Les trois derniers entretiens avec des leaders d'opinion portaient respectivement sur les enjeux à prioriser en santé publique en 2003, le choix des indicateurs de la performance du système de santé en 2004 et les instruments de la réforme du système en 2004. Ainsi, dans ce domaine où les enjeux sont d'ordre macropolitique, l'observation des leaders d'opinion semble apporter un éclairage nouveau à des étapes critiques.

Les GD en biotechnologie incluent majoritairement (dans 72,7 % des cas) des groupes composés uniquement de citoyens informés et d'autres groupes composés de citoyens ordinaires. La complexité des enjeux économique, social, environnemental et éthique des biotechnologies, ainsi que leurs implications politiques, semblent guider ce choix. Selon un sondeur, l'inclusion de citoyens ayant des connaissances plus poussées sur le sujet améliore la qualité des résultats, l'interprétation de la fermeté des opinions et l'analyse des tendances.

Les études sur l'opinion publique dans ces trois domaines d'activité ont mené à la production de nombreux questionnaires de sondage et guides de modérateur. En comparant la composition de ces deux types d'instrument de mesure, les résultats paraissent contre-intuitifs au premier regard puisque le nombre moyen de questions est beaucoup plus élevé dans les guides de modérateur que dans les questionnaires (voir le Tableau 2). Comment peut-il y avoir de l'interaction intéressante entre huit et dix participants si en 120 ou 150 minutes il faut passer à travers une centaine de questions? En réalité, les guides de modérateur ne s'adressent pas directement aux participants. Ils donnent des indications claires aux modérateurs en divisant la discussion en blocs thématiques comportant une série de questions et des limites de temps suggérées. Le modérateur doit garder la discussion sur le thème en utilisant ces questions pour ramener la discussion, l'approfondir ou la réorienter au besoin. Le cas extrême se trouve dans une étude qui validait une série de maquettes d'avertissements concernant les dangers des produits de tabac sans fumée : le

Tableau 2  
 Comparaison de la taille des questionnaires de sondage  
 et des guides de modérateur

<b>Les questionnaires de Sondages</b>			
<b>Éléments de Comparaison</b>	<b>Biotech.</b>	<b>Santé</b>	<b>Tabac</b>
Nombre de pages en moyenne	12	9	13
Nombre de questions en moyenne	73	46	79
Nombre maximal de questions	120	130	154
Nombre minimal de questions	10	3	8
<b>Les guides de modérateur</b>			
<b>Éléments de Comparaison</b>	<b>Biotech.</b>	<b>Santé</b>	<b>Tabac</b>
Nombre de pages en moyenne	9	9	14
Nombre de questions en moyenne	102	75	103
Nombre maximal de questions	190	138	397
Nombre minimal de questions	53	25	13

guide comportait 397 questions. Une même batterie de questions était formulée pour chaque maquette, ce qui multipliait le nombre de questions. En somme, nous retenons que le nombre considérable de questions en moyenne dans les questionnaires et les guides de modérateur structure la collecte de données et témoigne des besoins d'information sur l'opinion publique des décideurs et des gestionnaires des politiques publiques. Ce nombre dépasse par contre de beaucoup le nombre de questions typiquement posées dans les sondages médiatisés commandités par des acteurs non étatiques ou des médias.

#### ***Les groupes de discussion en combinaison avec les sondages***

Le Tableau 3 indique que les GD sont utilisés en combinaison avec des sondages dans 23 % des cas globalement, ce qui est conforme aux indications trouvées dans les manuels. Par contre, les GD sont employés en solo dans 31 % des cas, ce qui, selon les commentaires de Merton (1987; voir aussi Merton, Fiske & Kendall, 1990), reconnu comme le père fondateur des GD, serait un pourcentage relativement élevé et par le fait même étonnant. D'autres auteurs

considèrent que son emploi est plus approprié en combinaison avec d'autres techniques (Hall & Rist, 1999; Patton, 2002). En lisant certains rapports de sondage sur le tabagisme et sur le système de santé toutefois, nous avons découvert que parfois ceux-ci avaient été précédés par des GD en solo mais qu'aucune information n'était disponible les concernant. Il convient donc d'interpréter ce pourcentage avec prudence.

Les GD s'emploient en amont et en aval des sondages dans nos trois cas. En amont, les GD exposent toute la gamme des idées du public sur un enjeu donné ainsi que le vocabulaire choisi par les participants en tant que citoyens pour en discuter. Cette information sert principalement à élaborer un sondage par la suite. Quelques rapports annoncent explicitement cette utilisation dans leurs objectifs. Certains sondages sur l'avenir du système de santé sont précédés d'un ou de plusieurs GD servant à identifier les arguments qui résonnent chez le grand public. À titre d'exemple, l'étude de Pollara (2002) auprès de 1 655 Canadiens cherche à mesurer l'accord et le désaccord des citoyens avec 15 affirmations, parfois contradictoires, concernant la réforme du système de santé. Ces affirmations ont été testées auprès des leaders d'opinion lors de groupes de discussion tenus un mois avant l'enquête par sondage. Les exemples d'affirmations suivantes retrouvées dans le questionnaire de cette étude illustrent bien le cadrage de l'enjeu de la réforme du système de santé dans ce sondage :

1. Le gouvernement du Canada, pas les provinces individuellement, devrait définir les principes de l'assurance-maladie (*Medicare*) pour tous les Canadiens.
2. Le gouvernement fédéral ne contribue pas assez au système de santé pour avoir le droit de dire comment le gérer.
3. Le retour à un système de santé de style américain à deux vitesses serait un désastre pour les familles ouvrières au Canada.
4. La plupart des Américains reçoivent des soins de santé d'une meilleure qualité et plus rapidement qu'au Canada.

Dans ce cas, le rapport final ne présente aucune information précise sur les GD, autre que l'indication suggérant que les GD ont influencé la formulation des affirmations retenues pour ce sondage, ce qui est assez plausible eu égard aux similitudes avec le vocabulaire du débat public et médiatique. Toutefois, l'absence d'informations précises sur les GD ne permet pas de déterminer la contribution exacte des GD à la formulation des questions de ce sondage. Il se peut que les utilisateurs de cette étude, en occurrence les commanditaires au sein de Santé Canada, aient influencé la construction du

Tableau 3  
Méthodologie utilisée dans chacun  
des domaines de la santé retenus (en %)

Type d'emploi méthodologique	Biotech. (n=60)	Santé (n=78)	Tabac (n=274)	Total (n=412)
GD en solo	30	27	32	31
Sondages en solo	18	41	54	46
GD et sondage	52	32	14	23
<b>Total</b>	100	100	100	100

sondage et donc le cadrage des questions, notamment celles qui favorisent un rôle particulier du gouvernement fédéral en tant que défenseur des valeurs et principes d'un système public contre la privatisation. À la lumière de l'utilisation des GD avant des conférences des premiers ministres sur la santé, il est probable que les données des GD ont eu une influence stratégique.

Lorsque mis en œuvre en aval d'un sondage, les GD commandités par Santé Canada servent à mieux comprendre et à mieux interpréter les résultats d'un sondage, à la manière décrite par Schmidt et Hollensen (2006), Barbour (2005) et Morgan (1996, 1997). Ce type d'emploi est très répandu dans la ROP en biotechnologie où il est question des perceptions des risques et bénéfiques des biotechnologies, de l'acceptabilité des pratiques et des produits issus de ces technologies et de considérations économiques, éthiques et sociales. Dans ce domaine, les GD dans les vagues de recherche mixte se tiennent souvent un mois après le sondage. Une certaine triangulation s'effectue entre les résultats de sondages et des données des GD. En biotechnologie, les communications concernant le rôle de l'intendance (*stewardship*) de l'État ont été testées en GD dans le cadre de trois études mixtes entre 2001 et 2002. Dans ces cas, il ne s'agit pas uniquement de la triangulation, car les GD servent également à valider des discours politiques concernant les biotechnologies. Les méthodologies mixtes sont aussi fréquentes dans la ROP sur l'avenir du système de santé. Toutefois, en matière de lutte antitabac il arrive à l'occasion que la recherche qualitative soit publiée avant les résultats quantitatifs sous un couvert séparé. Par exemple, une série de GD sur une possible réglementation interdisant les descripteurs « doux et légers » suggérait l'existence d'une opposition assez forte à ce type de contrôle étatique, mais cette opposition s'est avérée une tendance minoritaire chez les répondants à un sondage à échantillon représentatif. Cet exemple démontre toute la pertinence de la triangulation entre différentes méthodes de cueillette de l'opinion publique, surtout dans le contexte de l'élaboration des politiques où il est nécessaire d'anticiper l'accueil

public d'une nouvelle mesure. Dans ce cas, les GD ont informé les décideurs politiques de l'existence possible d'une telle opposition de la part de fumeurs pour qui ces descripteurs avaient un sens alors que le sondage qui a suivi les GD les a renseignés sur la prévalence de cette opinion parmi la population.

***Les groupes de discussion et les sondages employés en solo***

L'emploi des GD et des sondages en solo mérite une attention particulière. Dans les domaines de l'avenir du système de santé et des biotechnologies, nous constatons que le rôle du modérateur consiste souvent à encadrer un processus quasi délibératif. La complexité des enjeux et des valeurs dans ces domaines peut expliquer ce type d'emploi des GD. Durant les GD quasi délibératifs, les participants soigneusement choisis en fonction de critères préétablis constituent un microcosme de la société. Leur interaction sociale révèle le comment, le pourquoi et l'intensité des positions majoritaires et minoritaires qui sont exprimés dans le contexte de sollicitation des GD, produisant ainsi des connaissances potentiellement très utiles sur le plan stratégique. Dans le cas du système de santé, c'est à travers les GD en solo que le gouvernement fédéral a tâté le pouls des citoyens avant les conférences des premiers ministres.

En solo, ce dispositif de recherche aide à peaufiner des outils et des stratégies en relations publiques. Par exemple, sur les 13 GD en solo sur le système de santé dont les guides de modérateur étaient disponibles, 9 d'entre eux incluaient des questions pour valider une communication politique, notamment sur les ententes intergouvernementales et sur les réinvestissements dans le système de santé. En moyenne, un quart des questions dans les guides de ces neuf études étaient en lien direct avec les relations publiques. Dans le cas des évaluations *ex ante* d'annonces publicitaires sur le système de santé, jusqu'à 95 % des questions étaient de ce type. Des questions sur la communication se trouvent dans la moitié des guides du modérateur en biotechnologie, souvent à raison de seulement une ou deux questions dans chaque guide (sauf deux où le développement d'un site internet était l'objet de l'étude). En contraste, dans le domaine de la lutte au tabagisme, seulement deux GD en solo incluent des questions concernant la communication en relations publiques (24,3 % des questions dans un cas et 2,6 % des questions dans l'autre). La nature des enjeux dans chaque domaine semble influencer la présence de questions sur les communications en relations publiques dans les GD en solo.

Les sondages en solo semblent répondre quant à eux à des besoins différents liés soit au désir de suivre l'évolution de l'opinion publique sur un enjeu majeur, soit à la nécessité de surveiller la mise en œuvre d'un instrument et ensuite de l'évaluer. La forte présence de l'élément évaluatif dans le

programme de la lutte au tabagisme peut expliquer le recours important aux sondages en solo (54 % des cas). Après la mise en œuvre des règlements concernant l'étiquetage des paquets de cigarettes, 13 vagues successives de sondages ont permis un suivi continu de l'impact de cette mesure et de son efficacité auprès des jeunes, des adultes et des fumeurs. Plus précisément, les questions de sondages ont porté sur la capacité des gens à se rappeler des images et des messages de mise en garde, mais aussi sur l'influence de ceux-ci sur le comportement individuel par rapport au tabagisme, à la fumée secondaire et à la cessation de fumer. Les instruments de marketing social font souvent l'objet d'études par sondage avant et après leur mise en œuvre pour jauger leur impact. En 2007, l'évaluation de la stratégie fédérale antitabac recommandait d'uniformiser davantage l'évaluation de l'impact des campagnes de marketing social afin de mieux capter les effets et de mieux guider les efforts de recherche sur l'opinion publique à cet égard.

En ce qui concerne le système de santé, des sondages en solo ont renseigné le gouvernement sur l'évolution de l'opinion publique concernant l'avenir du système de santé au Canada. Les thèmes récurrents dans les questionnaires sont l'état du système de santé, la qualité du système, les principes et les valeurs de l'assurance-maladie, la performance et le leadership des deux ordres de gouvernement et les causes des problèmes du système ainsi que les solutions préférées par les citoyens. Par ces sondages en solo, le gouvernement fédéral a suivi la réaction des citoyens à la réforme proposée par l'Alberta en 1999 et ensuite au rapport Romanow sur le système de santé en 2002. Lors des conférences des premiers ministres en 2003 et en 2004, les sondages quotidiens suivaient la réaction des citoyens avant, pendant et après ces réunions critiques pour l'avenir du système de santé.

Les sondages en solo peuvent aussi être des outils de gestion par résultats. Ils établissent souvent les mesures de référence de l'opinion publique avant la mise en œuvre d'une politique ou d'un instrument et l'évolution subséquente de cette opinion. En comparant l'emploi des sondages en solo dans les cas du système de santé et de la lutte au tabagisme, il semblerait qu'avant toute décision d'envergure, les sondages facilitent l'évaluation de l'humeur du public et, une fois la décision prise, ils contribuent au suivi de sa mise en œuvre et à son évaluation. Dans le cas des outils de relations publiques, notamment concernant le système de santé, les sondages en solo servent aussi à vérifier *post hoc* si la population a bien saisi le message du gouvernement et comment elle y réagit.

Finalement, il semble y avoir une complémentarité entre les sondages et les GD en ce qui concerne la production des connaissances utiles à



l'élaboration des politiques de santé. L'opinion publique qui est captée par les sondages permet de déterminer les attitudes, opinions et comportements qui prévalent parmi les citoyens et les populations cibles. Les sondages fournissent aussi parfois des renseignements sur les connaissances des citoyens par rapport à un enjeu, aux politiques publiques ou au rôle du gouvernement. Dans la mesure où les sondages reposent les mêmes questions à des moments différents, il est possible de suivre ou de surveiller l'évolution de l'opinion publique ainsi que les changements d'attitudes et de comportements. Les techniques permettant de minimiser les erreurs de mesure liées à l'ordre des questions sont déployées dans 37,8 % des 9 980 questions de sondages. Il s'agit surtout de batteries de questions qui subissent une rotation. Seulement 2,2 % des 7 822 questions trouvées dans les guides de modérateur utilisaient ces techniques.

Tandis que les sondages produisent des données sur la prévalence des opinions, les GD servent au contraire à explorer en profondeur les attitudes et les opinions des répondants et comment celles-ci affectent leurs comportements; cela expliquerait pourquoi 18,1 % des questions dans les GD comparativement à 5,4 % des questions de sondage demandent aux participants d'expliquer davantage pourquoi ils adoptent un point de vue plutôt qu'un autre. On trouve ce type d'usage des GD surtout en biotechnologie. Dans les autres domaines, les GD servent essentiellement à l'élaboration des politiques et de leurs instruments spécifiques d'incitation, d'exhortation ou de coercition et, occasionnellement, à l'étude des problèmes de mise en œuvre éprouvés auprès d'un groupe en particulier. Par exemple, à la suite des nombreuses critiques soulevées par la mise en application des restrictions sur les commandites d'événements culturels et sportifs au Québec, Santé Canada a commandité des GD au Québec afin de comprendre le problème et de valider les solutions envisagées pour faciliter la mise en pratique de cette politique. Les rôles différents qui sont assignés aux sondages et aux GD expliqueraient en partie l'alternance temporelle entre ces techniques à différentes étapes de l'élaboration et de la mise en vigueur des politiques de santé.

***Les utilisations multiples des résultats des groupes de discussion dans les politiques de santé***

L'utilisation annoncée des GD est exprimée dans les énoncés d'objectifs de recherche des rapports et varie selon le secteur de la santé à l'étude. Les Figures 1, 2 et 3 illustrent les types d'utilisation annoncée que nous avons constatés dans les trois domaines en tenant compte des techniques de recherche.

Les objectifs de la ROP dans les domaines du système de santé et des biotechnologies indiquent une prédominance d'utilisation conceptuelle (53,5 % et 65,5 % respectivement) alors que ceux de la ROP sur le tabagisme signalent une utilisation avant tout instrumentale (42,3 %). Les deux premiers domaines se distinguent par la nature des décisions macropolitiques à prendre. Dans le cas du tabagisme, bien des décisions portent sur le développement, la mise en œuvre et l'évaluation d'instruments spécifiques; elles sont d'ordre micropolitique. De plus, l'application des techniques de marketing social prédispose le programme de la lutte au tabagisme à une plus grande utilisation instrumentale des résultats d'enquêtes. Dans les trois domaines, l'utilisation annoncée est rarement stratégique, par contre, les connaissances produites par les GD ont souvent un intérêt stratégique. Parmi les rares cas où une utilisation stratégique est annoncée, on retrouve des exemples de communication politique concernant les intentions du gouvernement, son rôle dans un champ particulier ou une entente intergouvernementale. Toutefois, ces cas sont beaucoup moins répandus que ce à quoi nous nous attendions à la lumière de la recherche de Page (2006). L'analyse du contenu qualitatif révèle que certains rapports incluent des conseils stratégiques concernant entre autres l'appui des citoyens à certaines politiques, leurs vues concernant l'importance respective des citoyens et des experts, les difficultés possibles de la mise en œuvre de ces politiques et comment y faire face. Nos recherches d'informations spécifiques sur cette question confirment que la ROP effectuée dans le cadre de l'évaluation de la Stratégie fédérale de lutte au tabagisme (SFLT) a influencé l'élaboration de la nouvelle SFLT.

Le Programme de la lutte au tabagisme offre de nombreux exemples où l'utilisation attendue concorde avec l'utilisation observée selon les analyses croisées du contenu des rapports de ROP, des instruments politiques et des entrevues avec des utilisateurs potentiels. Les résultats des GD sur le tabagisme sont principalement utilisés de façon instrumentale (42,3 %) et conceptuelle (33,6 %) pour développer des instruments politiques réglementaires ou de marketing social. Les étiquettes graphiques sur les paquets de cigarettes, les programmes qui prônent la cessation et qui sensibilisent les citoyens aux dangers de la fumée secondaire constituent des exemples où les résultats des GD ont eu un impact observable sur le développement et la mise en œuvre d'instruments politiques. Tous les détails de ces instruments et de leur efficacité potentielle ont été examinés intensivement en GD. Les résultats ont directement déterminé le choix des 16 messages de mise en garde à placer sur les paquets de cigarettes (Birch & Pétry, 2009) et les données probantes indiquent que ces messages ont eu l'effet voulu sur le comportement (Hammond, Fong, Borland, Cummings, McNeill & Driezen, 2007). Un autre

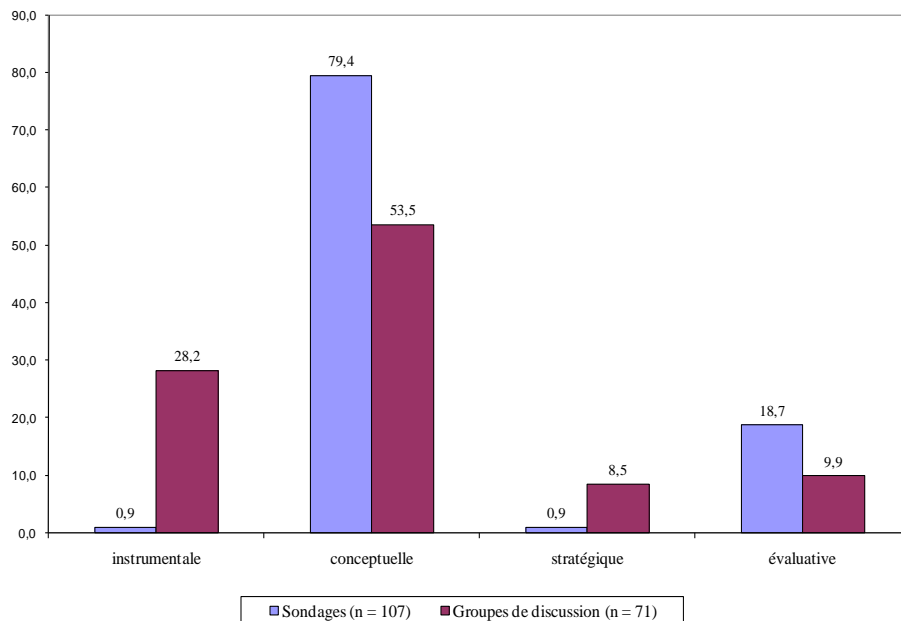


Figure 1. Utilisation prévue des sondages et des GD selon les objectifs de recherche visés dans les études sur le système de santé (en %)

exemple d'utilisation concerne la campagne de marketing social « Heather Crowe » contre la fumée secondaire. Les GD ont influencé de façon non négligeable le contenu, et le succès éventuel, de cette campagne qui racontait l'histoire vécue de Heather Crowe, une serveuse qui n'avait jamais fumé et qui souffrait d'un cancer de poumon mortel. Par exemple, en comparant les maquettes vidéo des premières annonces télévisées et la version définitive disponible sur le site Web de Santé Canada, nous constatons, entre autres, que la recommandation des participants aux groupes de discussion que Heather Crowe s'exprime avec plus d'intensité émotive a été suivie. Cette campagne a fait de Heather Crowe et de son histoire personnelle un symbole et une preuve tangible des dangers de la fumée secondaire, comme l'avaient déjà démontrée des données probantes scientifiques. Plusieurs acteurs interviewés reconnaissent la contribution des GD à l'efficacité des messages concernant la fumée secondaire et celle de la campagne « Heather Crowe » à la mise en œuvre réussie des interdictions de fumer dans les lieux publics. Cette campagne incluait une tournée pancanadienne qui a permis à Heather Crowe de parler

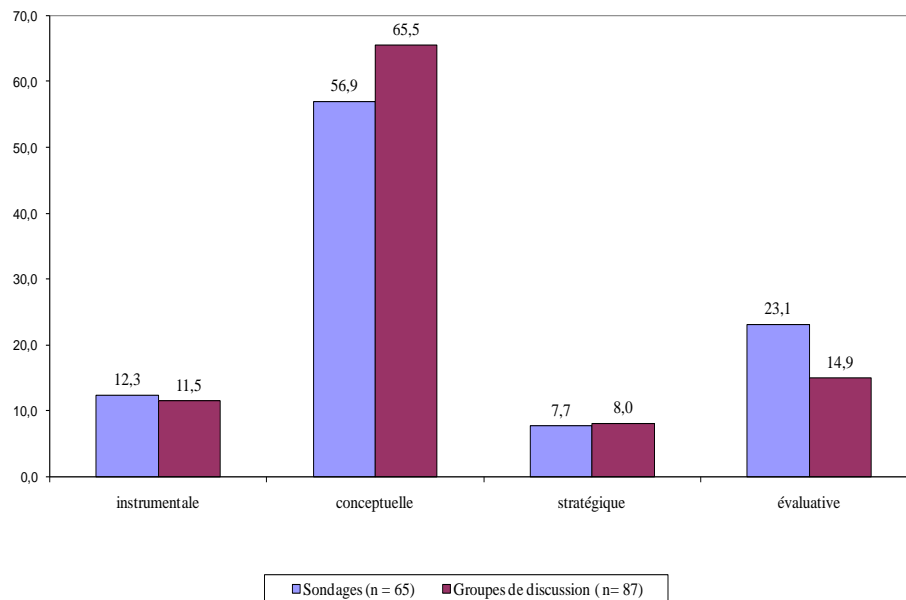


Figure 2. Utilisation prévue des sondages et des GD selon les objectifs de recherche visés dans les études sur les biotechnologies (en %)

directement du fléau de la fumée secondaire aux acteurs impliqués dans les politiques de santé publique, y compris des ministres et sous-ministres de la santé. En plus des utilisations instrumentales et conceptuelles dans la lutte au tabagisme, nos entrevues avec les acteurs politiques suggèrent la présence d'utilisations stratégiques dans le cadre des contestations juridiques lancées par l'industrie du tabac et dans la préparation de nouveaux règlements.

Bien que l'utilisation conceptuelle de la recherche en biotechnologie soit annoncée et observée, l'utilisation stratégique se manifeste dans les faits. Sur le plan conceptuel, les GD permettent de suivre l'évolution de l'opinion publique et informent le gouvernement sur des sujets divers tels la confiance des citoyens dans les acteurs étatiques et non étatiques, leurs opinions concernant différentes applications en biotechnologie, leurs perceptions des risques et des bénéfices et les questions d'éthique. Les groupes échangent d'abord sur leurs connaissances des enjeux des biotechnologies et ensuite sur le rôle des citoyens

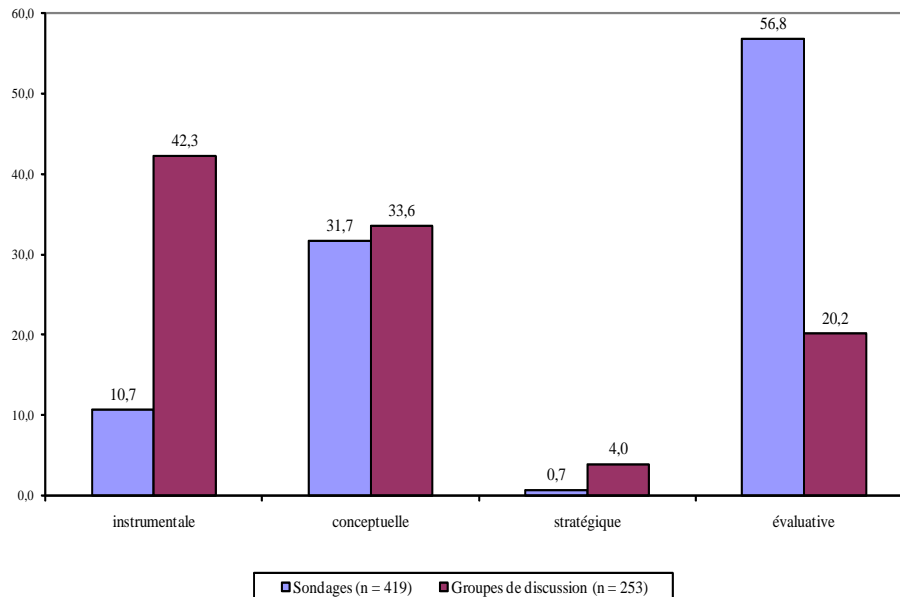


Figure 3. Utilisation prévue des sondages et des GD selon les objectifs de recherche visés dans les études sur la lutte au tabagisme (en %)

et des experts dans la prise de décision, leurs opinions concernant les orientations politiques. Les sujets abordés incluent notamment le rôle de l'État et les règles de décision pour autoriser une nouvelle biotechnologie, les instruments spécifiques tels que l'étiquetage des OGM, la confidentialité et l'accès aux données génétiques ainsi que le financement de la recherche ou l'octroi de brevets. Il semble bien que les GD aident les décideurs et gestionnaires à mieux comprendre les tendances et les fondements des attitudes et opinions des citoyens envers les biotechnologies en tant que moteur économique pour le 21<sup>e</sup> siècle et en tant que source de risques potentiels pour la santé et l'environnement. Plusieurs témoignages partagent l'avis suivant d'un fonctionnaire sur l'utilité de la ROP :

(...) c'est un outil stratégique. C'est un outil de communication. C'est un outil de gestion (...). C'est utilisé très stratégiquement dans les plans de communications, dans les approches de communication, dans les mémoires des Cabinets, dans les soumissions au Conseil du Trésor (traduction de la citation d'une entrevue réalisée dans le cadre de nos recherches).

Dans les GD sur le système de santé, la concordance entre l'utilisation annoncée et observée se confirme pour l'utilisation instrumentale et conceptuelle; toutefois, les commentaires stratégiques dans les rapports suggèrent plus d'utilisation stratégique. Un exemple qui atteste bien d'une utilisation instrumentale est celle des GD réunis en 2003 pour discuter du choix et de la présentation des indicateurs de performance pour le système de santé. La réorganisation des listes d'indicateurs et l'amélioration de leur présentation dans les rapports subséquents mettent l'accent sur les indicateurs les plus « parlants » pour les citoyens lors des GD. Parmi les 31 GD sur l'avenir du système de santé dénombrés entre 1998 et 2007, 6 cherchaient à tester des outils de communication politique concernant le financement du système de santé, le premier réinvestissement en santé de 2000 et les accords sur la santé. Six autres cas ont servi à mieux comprendre l'opinion que se font les citoyens du système de santé (notamment en ce qui concerne la qualité, l'accessibilité, la confiance, l'attribution de blâme politique et le rôle des gouvernements) et à tester la réceptivité du public à certains arguments pour et contre la réforme ou la privatisation. Les 18 autres GD ont abordé les opinions sur des facettes de la réforme du système de santé. Dans l'ensemble, nous constatons que tous ces GD ont indiqué clairement un message stable et cohérent de la part des citoyens qui revendiquaient des solutions à long terme incluant un financement stable et prévisible, plus d'imputabilité et des améliorations du système, notamment pour les soins de première ligne, les soins à domicile et les délais d'attente. Les GD ont capté la désapprobation des citoyens à l'égard des guerres de communications politiques sans action positive pour sauvegarder leur système de santé.

Dès la fin des années 1990, les GD et les sondages confirment l'anxiété croissante des citoyens devant les difficultés éprouvées par leur système de santé et leur impatience grandissante à l'égard de la politisation de ces problèmes. Il semble que les GD ont contribué à orienter la nouvelle stratégie du gouvernement fédéral consistant à rechercher des solutions à long terme. La plupart des suggestions et recommandations qui ont émergé des GD se sont retrouvées dans l'Accord sur la Santé de 2003 et dans le Plan de financement de 10 ans en 2004. D'ailleurs, ce n'est qu'après ces accords que les sondages et les GD démontrent une accalmie de l'opinion publique. Ces exemples nous portent à conclure qu'il y a effectivement des effets de rétroaction entre l'opinion publique et les commanditaires de la ROP.

#### ***La qualité méthodologique des groupes de discussion et des sondages***

Dans les trois secteurs à l'étude, nous avons évalué la qualité des GD et des sondages en fonction de la présence ou non d'informations méthodologiques

dans les rapports. En nous inspirant des standards techniques de l'*American Association for Public Opinion Research* (APPOR, 2005) et du *World Association for Public Opinion Research* (WAPOR, cf. ESOMAR-WAPOR, 2005) et des écrits de spécialistes des GD, nous avons identifié vingt informations méthodologiques de base auxquelles des utilisateurs devraient avoir accès pour évaluer la qualité de chaque étude. Dans le cas des GD, ces informations comprennent les objectifs de recherche, le nombre de groupes, leur taille, leur composition, les critères de sélection des participants ainsi que le mode de recrutement, le guide de modérateur, la structure des groupes, le commanditaire et la firme de recherche. Dans le cas des sondages, ces informations comprennent, entre autres, le recrutement des répondants, le taux de réponse, la taille de l'échantillon, les marges d'erreur de l'échantillon et des sous-groupes.

Les résultats de notre analyse pour les GD et les sondages sont présentés dans les Tableaux 4, 5 et 6. Sur un maximum de vingt critères respectés, les GD comportent en moyenne 11,7 informations méthodologiques dans les études sur le système de santé, 13,3 sur les biotechnologies et 14,9 sur le tabagisme. Les sondages présentent en moyenne 11,9 informations méthodologiques dans la ROP sur le système de santé, 12,6 sur les biotechnologies et 15,7 sur le tabagisme. Les études les plus récentes contiennent généralement plus d'informations, ce qui peut s'expliquer en partie par le resserrement des règles concernant la ROP gouvernementale.

Le fait que les rapports de ROP sur le tabagisme contiennent un nombre plus élevé d'informations techniques que les rapports dans les autres domaines n'est pas dû au hasard. Plusieurs facteurs externes et internes expliquent ces résultats. D'abord, la judiciarisation de cette politique et la contestation juridique de l'industrie du tabac ont accentué le besoin d'appuyer les règlements sur des données solides. Ensuite, selon nos interlocuteurs au sein du Programme de la lutte au tabagisme, il y a une synergie favorable à la production et à l'utilisation de la recherche. La qualité particulière de ces commanditaires et leur expertise en ROP étaient reconnues d'emblée par les sondeurs lors de nos entretiens avec eux.

Les rapports des GD et ceux des sondages ont leurs propres forces et faiblesses quant à la divulgation d'informations méthodologiques. En général, les rapports des GD consultés contiennent le nom du commanditaire et de la firme de recherche, le nombre de groupes, leur composition et les critères de sélection, les limites à l'interprétation des résultats, la structure de modération et le guide du modérateur. Par contre, ces rapports manquent de limpidité pour ce qui est de la taille réelle des groupes, du nombre de participants, de leur

Tableau 4  
Données sur les standards techniques respectés  
dans la ROP sur le système de santé

Données statistiques (sur 20 critères)	GD	Sondages
Moyenne	11,7	11,9
Écart-type	4,6	3,3
Médiane	13,0	12,0
Maximum	19,0	20,0
Minimum	3,0	6,0

Tableau 5  
Données sur les standards techniques respectés  
dans la ROP sur les biotechnologies

Données statistiques (sur 20 critères)	GD	Sondages
Moyenne	13,3	12,6
Écart-type	2,6	3,1
Médiane	14,0	12,0
Maximum	18,0	19,0
Minimum	5,0	6,0

représentativité, de leur recrutement et du déroulement des entretiens. Autrement dit, les rapports tendent à bien rapporter leur projet méthodologique et à demeurer silencieux sur ce qui s'est passé en réalité lors du déroulement des discussions.

Les rapports de sondage divulguent habituellement le nom du commanditaire et de la firme de recherche, la taille de l'échantillon, la marge d'erreur et la méthode d'administration du sondage; mais ils tendent à négliger les informations importantes notamment sur le taux de réponse et la marge d'erreur qui s'appliquent aux sous-groupes. Il faut noter que les nouveaux règlements concernant la ROP gouvernementale instaurés en 2006 et en 2007



**Tableau 6**  
Données sur les standards techniques respectés  
dans la ROP sur la lutte au tabagisme

Données statistiques (sur 20 critères)	GD	Sondages
Moyenne	14,9	15,7
Écart-type	2,3	3,3
Médiane	15,0	17,0
Maximum	20,0	20,0
Minimum	8,0	5,0

devraient améliorer la qualité de l'information méthodologique disponible concernant les GD et les sondages dans les rapports de ROP.

### **Conclusion**

Ce premier survol empirique de la pratique des groupes de discussion dans le domaine de la santé, de leur utilisation et de leur niveau de qualité méthodologique confirme l'intérêt accru pour cette technique depuis le milieu des années 1990 et suggère l'existence d'une complémentarité importante entre les sondages et les GD dans la production de connaissances utiles à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de santé. L'emploi des sondages et des GD de manière combinée est conforme à ce qui est recommandé dans les guides méthodologiques, que ce soit pour améliorer la validité interne des sondages lorsque les GD sont tenus en amont ou pour approfondir l'interprétation des résultats lorsque les GD sont utilisés en aval. Par contre, le recours aux GD en solo surprend à première vue. Le rôle potentiel et réel de cette méthode dans l'élaboration des politiques publiques se révèle à l'analyse des données. En effet, l'emploi des GD en solo est souvent lié au développement des instruments politiques, notamment en marketing social, ou à des outils de communication politique. Il semble de plus exister une complémentarité importante entre les méthodes à ce chapitre : les GD aident au développement des instruments et les sondages serviraient à évaluer leurs effets.

Le choix des échantillons varie selon la nature des enjeux et les besoins décisionnels dans chacun des secteurs de la santé. La complexité des biotechnologies entraîne une préoccupation pour l'opinion des citoyens bien informés alors que les autres domaines ne s'intéressent à l'opinion des citoyens

informés que de façon périodique et stratégique. Lorsque les décisions macro politiques prédominent, l'opinion des citoyens en général est sollicitée, mais une fois que la décision d'agir est prise, l'opinion des citoyens ciblés par la politique devient plus pertinente. La ROP, dans ces cas, se concentre sur la production de connaissances à utilité instrumentale ou conceptuelle dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des instruments.

Les différences entre l'utilisation annoncée et l'utilisation observée des résultats de recherche provenant des GD démontrent la pertinence d'une approche méthodologique de triangulation et la nécessité de tenir compte des particularités sectorielles. L'utilisation annoncée des résultats dans tous les secteurs est rarement stratégique même si, dans les faits, certains rapports contiennent des suggestions stratégiques explicites et d'autres présentent des données d'intérêt stratégique. Dans la ROP sur le système de santé et les biotechnologies, l'utilisation annoncée est surtout conceptuelle alors que dans le cas de la lutte contre le tabagisme, elle est surtout instrumentale et conceptuelle. Ces variations sectorielles s'expliquent probablement par les différences dans la nature, voire la complexité des enjeux, l'intensité du débat politique dans chaque secteur et, possiblement, le stade dans le cycle des politiques publiques.

L'expression d'une intention d'utilisation des résultats des GD ou des sondages ne prouve bien sûr pas que l'utilisation ait eu lieu. Pour déterminer si les intentions sont traduites en action, il faut établir des liens directs entre les résultats de recherche et les politiques ou les instruments. Pour ce qui est des utilisations instrumentales et conceptuelles, il semble y avoir une concordance entre l'utilisation annoncée et l'utilisation observée des données recueillies dans les trois secteurs. L'utilisation stratégique paraît toutefois sous-rapportée. En effet, les entrevues effectuées auprès des intervenants et des décideurs dans les milieux biotechnologique et de lutte antitabac font ressortir davantage d'utilisations stratégiques des données des GD et des sondages. La présence de recommandations stratégiques dans la ROP concernant le système de santé laisse aussi présager l'existence d'utilisations stratégiques. Nous spéculons que les rapports sans utilisation annoncée des résultats auront une utilisation observée surtout stratégique et que les études validant des communications en relations publiques ou vérifiant la résonance d'arguments pour et contre un sujet auront aussi une utilisation stratégique observée.

Nos résultats indiquent qu'il y a place pour l'amélioration de la qualité des informations méthodologiques dévoilées dans les rapports de recherche, autant pour les GD que pour les sondages. Dans le cas des GD, plus de transparence quant à la taille réelle des groupes, au recrutement des participants

et au déroulement des groupes contribuerait à améliorer nos connaissances concernant cette technique de recherche, ses potentialités, ses limites et sa portée. Les rapports sur les sondages devraient porter plus d'attention au taux de réponse et aux marges d'erreur des groupes et sous-groupes.

Finalement, nous constatons que les écarts importants entre les connaissances théoriques, empiriques et pratiques des GD demeurent tout aussi importants qu'en 1983 lorsque Fern a constaté l'absence de validation empirique des hypothèses de base gouvernant cette méthodologie et son application. En dépit de ces écarts, les GD sont de plus en plus crédibles aux yeux des utilisateurs potentiels qui les déploient en solo ou avec des sondages et qui utilisent les résultats à des fins instrumentales, conceptuelles, stratégiques et évaluatives. Dans le domaine de la santé où les données probantes sont de plus en plus valorisées, il est ironique que cette technique ait gagné autant en popularité sans une assise empirique plus solide. Il est donc souhaitable que cette technique et les hypothèses qui expliquent son fonctionnement soient mieux validées empiriquement afin de mieux baliser son utilisation et d'accroître la crédibilité (ou la validité) et la transférabilité (ou la fiabilité) des résultats.

## Note

<sup>1</sup> Birch, L., & Pétry, F. (2011). Considérations pour orienter la recherche future sur les groupes de discussion. *Recherches qualitatives*, 29(3), 218-219.

## Références

- AAPOR : American Association for Public Opinion Research. (2005). *AAPOR Code of professional ethics & practices*. Repéré à <http://www.aapor.org/aaporcodeofethics>.
- Barbour, R. S. (2005). Making sense of focus groups. *Medical Education*, 39, 742-750.
- Barbour, R. S., & Kitzinger, J. (1999). *Developing focus group research : politics, theory, and practice*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Birch, L., & Pétry, F. (2009). *Exploring the use of polls and focus groups in healthcare policymaking*. Communication présentée au congrès annuel de l'American Association for Public Opinion Research. Hollywood, Floride.
- Bowling, A. (2002). *Research methods in health : investigating health and health services*. Philadelphia : Open University Press.

- Bowling, A., & Ebrahim, S. (2005). *Handbook of health research methods : investigation, measurement and analysis*. Maidenhead : Open University Press.
- Bristol, T. (1999). Enhancing focus group productivity : new research and insights. *Advances in Consumer Research*, 26(1), 479-482
- Calder, B. J. (1977). Focus groups and the nature of qualitative marketing research. *Journal of Marketing Research*, 14, 353-364.
- Calderon, J. L., Baker, R. S., & Wolf, K. E. (2000). Focus groups : a qualitative method complementing quantitative research for studying culturally diverse groups. *Education for Health*, 13(1), 91-95.
- Cunningham-Burley, S., Kerr, A., & Pavis, S. (1999). Theorizing subjects and subject matter in focus group. Dans R. Barbour, & J. Kitzinger (Éds.), *Developing focus group research : politics, theory, and practice*. (pp. 186-199). Thousand Oaks, CA : Sage.
- ESOMAR/WAPOR. (2005). *Guide to opinion polls including the ESOMAR international code of practice for the publication of opinion poll results*. Repéré à [http://www.esomar.org/uploads/pdf/ESOMAR\\_Codes&Guidelines\\_OpinionPolling\\_v5.pdf](http://www.esomar.org/uploads/pdf/ESOMAR_Codes&Guidelines_OpinionPolling_v5.pdf)
- Fern, E. F. (1982a). Why do focus groups work : a review and integration of small group process theories. *Advances in Consumer Research*, 9(1), 444-451.
- Fern, E. F. (1983). Focus groups : a review of some contradictory evidence, implications and suggestions for future research. *Advances in Consumer Research*, 10(1), p121-126.
- Fern, E. F. (2001). *Advanced focus group research*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Grypdonck, M. H. F. (2006). Qualitative health research in the era of evidence-based practice. *Qualitative Health Research*, 16, 1371-1384.
- Halcomb, E. J., Gholizadeh, L., DiGiacomo, M., Phillips, J., & Davidson, P. M. (2007). Literature review : considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1000-1011.
- Hall, A. L., & Rist, R. C. (1999). Integrating multiple qualitative research methods (or avoiding the precariousness of a one-legged stool). *Psychology and Marketing*, 16(4), 291-304.

- Hammond, D., Fong, G. T., Borland, R., Cummings, R. M., McNeill, A., & Driezen, P. (2007). Text and graphic warnings on cigarette packages : findings from the international tobacco control four country study. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(3), 202-209.
- Hesse-Biber, S. N., & Leavy, P. (2004). *Approaches to qualitative research : a reader on theory and practice*. Toronto : Oxford University Press.
- Hesse-Biber, S. N., & Leavy, P. (2006). *Emergent methods in social research*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Hoeffler, R. (2005). *Cutting-edge social policy research*. New York : Haworth Press.
- Holloway, I. (2005). *Qualitative research on health care*. New York : Open University Press.
- Jaeger, C. C., Schule, R., & Kasemir, B. (1999). Focus groups in integrated assessment : a micro-cosmos for reflexive modernization. *Innovation*, 12(2), 195-219.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups : the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 103-121.
- Latimer, J. (2003). *Advanced qualitative research for nursing*. Malden, MA : Blackwell Science.
- McQuarrie, E. F., & McIntyre, S. H. (1988). Conceptual underpinnings for the use of group interviews in consumer research. *Advances in Consumer Research*, 15, 580-586.
- Merton, R. K. (1987). The focused interview and focus groups : continuities and discontinuities. *Public Opinion Quarterly*, 51, 550-566.
- Merton, R. K., Fiske, M., & Kendall, P. L. (1990). *The focused interview : a manual of problems and procedures* (2<sup>e</sup> éd.). London : Collier MacMillan.
- Morgan, D. L. (1996). Focus groups. *Annual Review of Sociology*, 22, 129-159.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- MRIA: Marketing Research and Intelligence Association. (2007). *Code of conduct and good practice for members of the marketing research and intelligence association*. Mississauga, ON : MRIA.

- Newman, M., Thompson, C., & Roberts, A. P. (2006). Helping practitioners understand the contribution of qualitative research to evidence-based practice. *Evidence-Based Nursing*, 9, 4-7.
- Överlien, C., Aronsson K., & Hydén, M. (2005). The focus group interview as an in-depth method? Young women talking about sexuality. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(4), 331-344.
- Page, C. (2006). *The roles of public opinion research in Canadian government*. Toronto : University of Toronto Press.
- Paillé, D. (2007). *Public opinion research practices of the government of Canada, independent advisor's report (Paillé Report)*. Minister of Public Works and Government Services, Public Works and Government Services. Repéré à <http://www.tpsgc-pwgsc.gc.ca/apropos-about/li-fa/rop-por-eng.html>.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative evaluation and research method* (3<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Pollara. (2002). *Quantitative research among Canadians : testing arguments pertaining to the reform of health care in Canada* (Rapport remis à Santé Canada). Ottawa : Santé Canada.
- Popay, J., Rogers, A., & Williams, G. (1998). Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. *Qualitative Health Research*, 8, 341-351.
- Pope, C., & Mays, N. (2006). *Qualitative research in health care* (3<sup>e</sup> éd.). Malden, MA : Blackwell Publishing.
- Price, V., & Neijens, P. (1997). Opinion quality in public opinion research. *International Journal of Public Opinion Research*, 9(4), 336-360.
- Sandelowski, M. (2004). Using qualitative research. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1366-1386.
- Schmidt, M. J., & Hollensen, S. (2006). *Marketing research : an international approach*. Harlow, UK : Prentice Hall.
- Seale, C. (2004). *Social research methods : a reader*. New York : Routledge.
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research : a practical handbook*. London : Sage.
- Sim, J. (1998). Collecting and analysing qualitative data : issue raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 345-352.

Stewart, D. W., Shamdasani, P. N., & Rook, D. W. (2007). *Focus groups : theory and practice* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA : Sage.

Thorne, S. (1997). Phenomological positivism and other problematic trends in health research. *Qualitative Health Research*, 7(2), 287-293.

Yankelovich, D. (1991). *Coming to public judgment : making democracy work in a complex world*. Syracuse, NY : Syracuse University Press.

**Lisa Birch** vient tout juste d'obtenir son doctorat en science politique à l'Université Laval avec spécialisations en politiques publiques et management ainsi qu'en relations internationales. Diplômée de l'Université de Waterloo en science politique, elle détient aussi une maîtrise en économie rurale (Université Laval). Elle s'intéresse particulièrement à l'utilisation de la recherche dans les politiques publiques, qu'il s'agisse de recherche scientifique, d'évaluation ou de recherche sur l'opinion publique.

**François Pétry** est professeur titulaire au Département de science politique de l'Université Laval où il dirige le Centre d'analyse des politiques publiques. Après avoir obtenu un diplôme de l'Institut d'études politiques de Paris, il a poursuivi des études en histoire à Paris-Sorbonne (licence), puis en science politique à l'Université du Texas à Austin où il a obtenu une maîtrise et un doctorat. François Pétry a abondamment contribué à diverses thématiques de recherche, notamment les sondages et l'opinion publique. Il manifeste un intérêt particulier pour la méthodologie et l'analyse des politiques publiques.