

Mai – juillet 2008



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE GENÈVE

COMMENT RÉALISER UNE ENQUÊTE AUPRÈS DE PATIENTS  
PÉDIATRIQUES, APRÈS LA SORTIE DE L'HÔPITAL ?



Assistanat à option en pharmacie d'hôpital | Mapi Fleury  
Responsables du sujet | L-Z Kaestli, Dr B. Guignard, Prof. P. Bonnabry



**Création de réseau professionnel**

L'apparition de ce logo dans la marge, vis-à-vis de la citation d'une référence, doit attirer l'attention du lecteur : un des auteurs de la référence citée est un collaborateur/personnalité-référence des HUG.

## TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction .....	1
2	État des lieux .....	1
3	Enquêter, en milieu hospitalier .....	2
4	Littérature et hardware .....	3
4.1	Sortie de l'hôpital et retour à domicile .....	4
4.2	Méthodologie de l'enquête .....	5
4.3	Techniques d'entretien : enfants et adultes .....	8
4.4	Enquête par questionnaire .....	13
4.5	Focus group : un pied de nez au patient standardisé .....	16
5	Software, savoir-faire et savoir-être .....	17
6	Conclusion .....	20
7	Boîte aux astuces .....	21
7.1	Lexique et traductorama .....	21
7.2	Adresses utiles .....	22
8	Travaux cités .....	23
	Annexe I. ....	25
	Annexe II. ....	26
	Annexe III. ....	27



## TABLE DES ILLUSTRATIONS

<b>Tableau 1</b> Questionnaire et résultats de l'étude de Dudas, patients contactés par téléphone (traduit de l'anglais).....	4
<b>Tableau 2</b> Questionnaire de satisfaction des HUG : questions touchant au processus médicament à la sortie de l'hôpital.....	5
<b>Tableau 3</b> Méthodologie d'une enquête, étapes-clé, adapté de (Bachelet, 2007)	6
<b>Tableau 4</b> Définition des pôles de recherche, selon une perspective quantitative ou qualitative, adapté de (Atkins, 1982).....	7
<b>Tableau 5</b> Structure de la consultation médicale et tâches dévolues au médecin, adapté de (Rey-Bellet, Zürcher, Martin, Michaelis Conus, Rodondi, & Vannotti)	10
<b>Tableau 6</b> Comment choisir la forme de questionnement ? Adapté de (Berthier, 2006).....	11
<b>Tableau 7</b> Comparaison des méthodes de récolte des données verbales: interviews semi-structurées, adapté de (Flick, 1998).....	12
<b>Tableau 8</b> Échelles de réponses : fréquences, adapté de (Lorenzi-Cioldi, 1997)..	14
<b>Tableau 9</b> Cheklist pour conception de questionnaires tiré de (Bell, 1993).....	15
<b>Tableau 10</b> Caractéristiques et déroulement d'un focus group, adapté de (Powell RA, 1996).....	18
<b>Figure 1</b> Enquête de satisfaction HUG, traduction du ressenti du patient (données qualitatives) en données quantitatives.....	1
<b>Figure 2</b> Schématisation de la relation de continuité des soins, avec pour éléments du système, prestations offertes et attentes du patient .....	2
<b>Figure 3</b> Processus de recherche, place des questions de recherche, adapté de (Flick, 1998).....	2
<b>Figure 4</b> Aspects pratiques d'une enquête aux HUG, secteur pédiatrique .....	3
<b>Figure 5</b> Chevauchements potentiels entre recherche qualitative et quantitative, adapté de (Greig & Taylor, 1999).....	8
<b>Figure 6</b> Articulation d'un questionnaire .....	13

# 1 INTRODUCTION

Assurer une bonne continuité des soins entre le séjour hospitalier et le milieu ambulatoire est essentiel pour garantir le succès thérapeutique et la sécurité de prise en charge des patients. Différents problèmes peuvent survenir à la sortie de l'hôpital, compromettant la compliance ou l'efficacité thérapeutique à domicile des traitements médicamenteux instaurés à l'hôpital. L'intervention de pharmaciens dans la préparation et le suivi de la sortie de l'hôpital montre un impact positif sur le temps d'obtention des médicaments en ambulatoire, la satisfaction des patients, leur connaissance des traitements et le nombre de réadmissions aux urgences. (Voirol, Kayser, Chang, Chang, & Youman, 2004) (Dudas, Bookwalter, Kerr, & Pantilat, 2001).

Le domaine de la continuité des soins de patients pédiatriques n'a pas encore été investigué aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Avant d'envisager des interventions permettant d'améliorer la continuité des soins des patients pédiatriques, il est important de cerner les problèmes auxquels sont confrontés les patients et leurs proches concernant leurs traitements médicamenteux à domicile. La réalisation d'une enquête auprès des patients pédiatriques et/ou de leurs parents permettrait de récolter de telles données.

Une enquête doit être menée de façon structurée et compréhensible pour le patient, et permettre la récolte de données utiles et analysables ; il est donc nécessaire de connaître les techniques et méthodes efficaces d'entretien, de formulation de questionnaires et d'analyses de données.

# 2 ÉTAT DES LIEUX

Ce travail de recherche se veut une **première approche des outils et techniques permettant la mise en place d'une enquête** destinée aux patients pédiatriques et/ou leurs parents à la sortie des HUG.

En termes de processus, on se trouve ici dans une **initiative de sécurisation du processus médicament**, à la difficile **interface hôpital/domicile**. Comme démontré précédemment (Fleury, 2007), la continuité des soins n'est pour le moment que trop peu développée. Les interfaces entre les lieux de vie et lieux de soins de la vie se présentent plutôt comme des **lignes de rupture**, sources d'événements iatrogènes, dont le médicament est hélas trop souvent le point de départ.

Il faut citer ici les chiffres de l'enquête de satisfaction de patients hospitalisés aux HUG, et sortis entre le 15 septembre et le 15 octobre 2005 (Agoritas, Kolly, & Perneger, 2006). Cette enquête-patient, réalisée sous l'égide du Service Qualité des Soins des HUG, traduit sous formes de dimensions des critères de satisfaction de 2'200 patients (soutien moral, information au patient, organisation de la sortie, facette hôtelière de l'établissement, etc.). La Figure 1 explique de façon très simplifiée comment ces dimensions sont ensuite assorties de valeurs problématiques, qui représentent les éléments critiques insatisfaisants. Ainsi, plus la dimension comporte de valeurs problématiques, moins le patient est satisfait des prestations offertes.

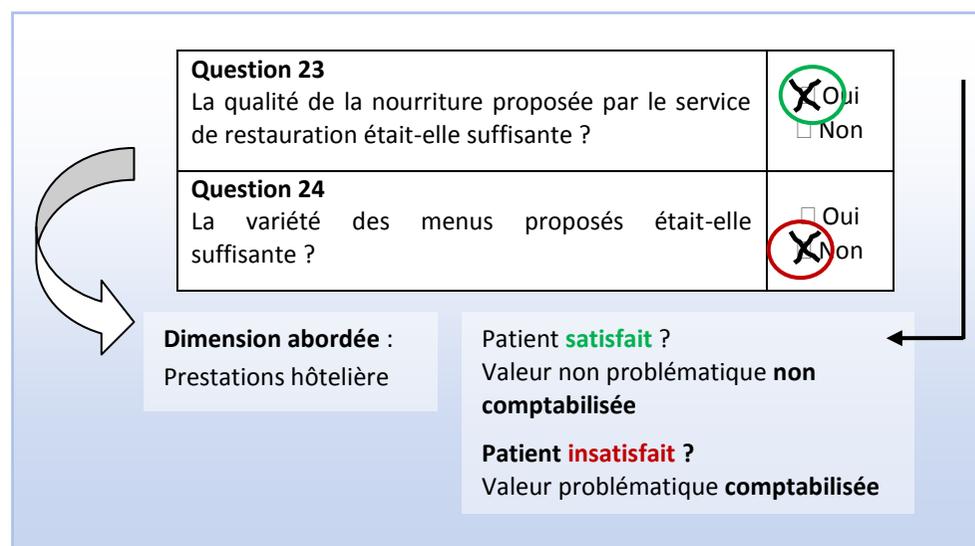


FIGURE 1 ENQUÊTE DE SATISFACTION HUG, TRADUCTION DU RESSENTI DU PATIENT (DONNÉES QUALITATIVES) EN DONNÉES QUANTITATIVES

Avec des scores proches de 35% de valeurs problématiques, **l'organisation de la sortie est la dimension dont les patients sont le moins satisfaits** (ex-æquo avec le soutien moral). Le processus médicament intervient dans ces prestations insatisfaisantes ; pour exemple, les patients se plaignent dans 1/3 des cas de ne **pas avoir été prévenus des effets indésirables de médicaments** lors de leur sortie d'hôpital.

La comparaison des enquêtes montre que ces scores s'aggravent depuis 2001 de manière statistiquement significative.

Des **prestations pharmaceutiques** sur site pourraient ici offrir un **soutien appréciable** dans ce processus compliqué qu'est la continuité des soins. En s'intéressant aux problèmes médicamenteux rencontrés à domicile, le praticien hospitalier cible au mieux les thèmes à aborder lors de l'entretien de sortie. Ce type de prestation fait partie intégrante de soins de qualité.

En termes de relation, comme illustré dans la Figure 2 ci-dessous, qui veut offrir une **prestation de qualité** doit avoir **défini les besoins et attentes** du demandeur, à savoir le patient.

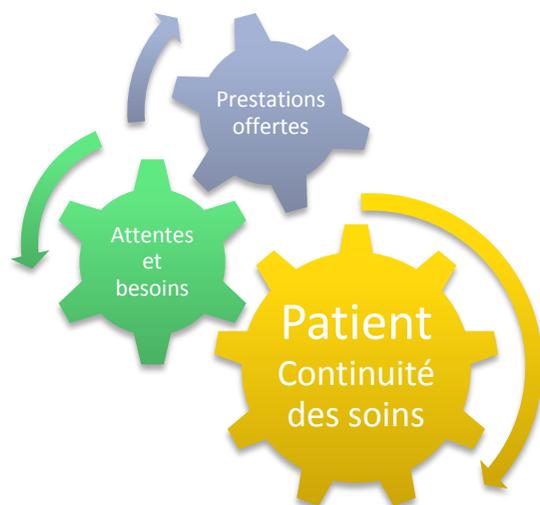


FIGURE 2 SCHÉMATISATION DE LA RELATION DE CONTINUITÉ DES SOINS, AVEC POUR ÉLÉMENTS DU SYSTÈME, PRESTATIONS OFFERTES ET ATTENTES DU PATIENT

L'enquête menée auprès de patients de la pédiatrie servira précisément à définir ces besoins et attentes.

### 3 ENQUÊTER, EN MILIEU HOSPITALIER

Le processus de recherche est rituellement représenté de façon linéaire, comme sur la Figure 3.

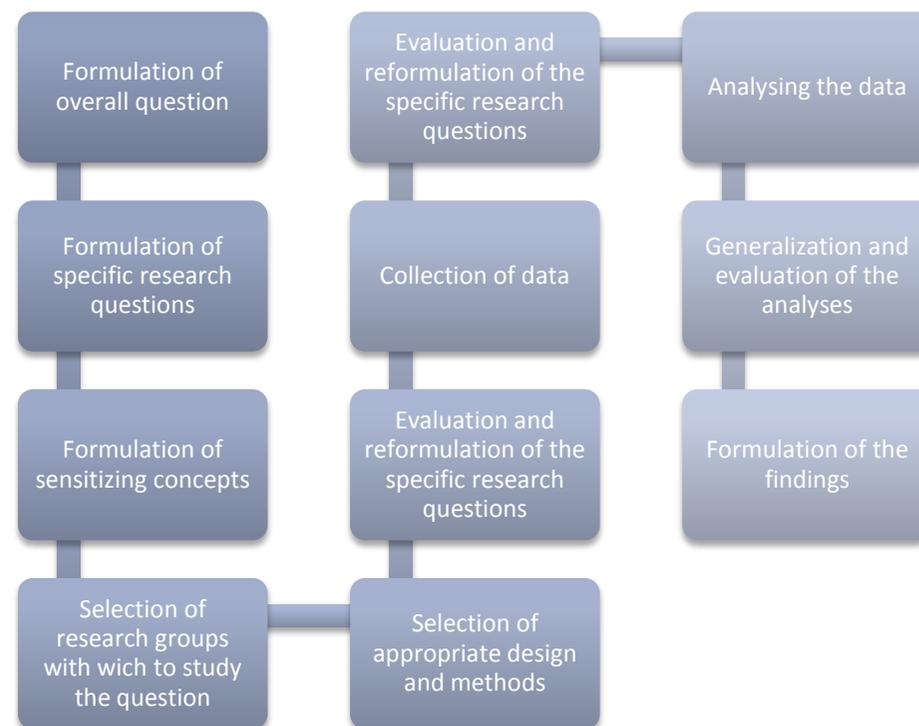


FIGURE 3 PROCESSUS DE RECHERCHE, PLACE DES QUESTIONS DE RECHERCHE, ADAPTÉ DE (FLICK, 1998)

Cette figure présente de façon synthétique les étapes successives d'une recherche, de la formulation d'une question générale à la formulation des

découvertes ; elle mentionne en quatrième position la **construction d'un « cercle de recherche »**, une communauté de collègues évoluant autour du sujet. C'est la sélection de ce cercle qui amène les questions pratiques de structure spécifique d'une enquête :

- Réalisée par un pharmacien
- Dans le contexte hospitalier des HUG
- Avec pour cible d'enquête des patients
  - Pédiatriques/leurs parents
  - Après leur sortie d'hôpital
  - Pour le processus médicament

Dire que la prise en charge de patients aux HUG implique plusieurs professions de santé est un euphémisme et croire qu'une recherche académique peut ne concerner qu'un domaine scientifique cloisonné va à l'encontre de tous les appels à la transversalité du savoir (Suter, 2008) (Waldvogel, 2008).

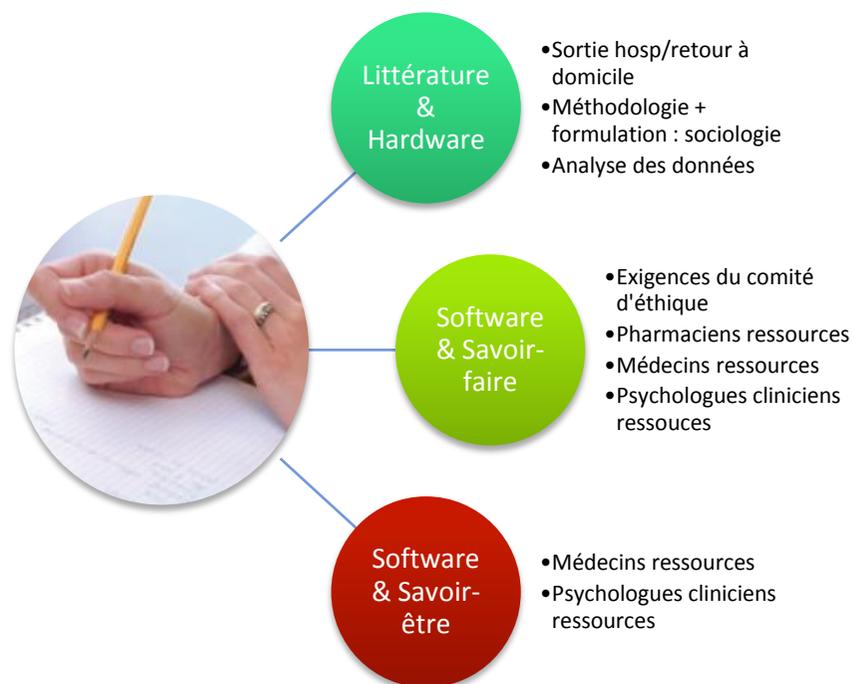


FIGURE 4 ASPECTS PRATIQUES D'UNE ENQUÊTE AUX HUG, SECTEUR PÉDIATRIQUE

Ces considérations poussent à proposer la Figure 4 comme modèle pratique pour la réalisation de l'enquête. Ce schéma, qui complète la Figure 3, place le pharmacien-chercheur en relation avec **trois volets de compétences nécessaires à l'accomplissement d'une enquête auprès de patients pédiatriques**.

Ces trois volets vont maintenant être décrits dans ce travail, préliminaire de la recherche à venir. Certains domaines seront énumérés de façon succincte et théorique, d'autres explorés de manière plus approfondie ; le temps imparti pour la tâche (≈ 80 heures) dicte en effet un format de compte-rendu qui va à l'essentiel : des éléments, des pistes, utilisables immédiatement pour la réalisation de l'enquête.

Ainsi, le chapitre 7, Boîte aux astuces sur la page 21, recense-t-il des outils lexicaux, horaires, adresses et coordonnées utiles<sup>1</sup>.

## 4 LITTÉRATURE ET HARDWARE



Le premier volet pratique de la recherche, littérature et hardware, articule deux thèmes qui d'un point de vue sémantique semblent fort opposés. Ils regroupent pourtant les éléments qui apportent solidité et rigueur aux fondations de l'enquête.

Ainsi, un parcours extensif de la littérature doit permettre :

- d'acquérir des connaissances théoriques concernant
  - la sortie de l'hôpital et le retour à domicile
  - la méthodologie de l'enquête
  - les techniques d'entretien : enfants et adultes
  - l'enquête par questionnaires
  - la récolte de données
- de préparer la construction du réseau avec qui l'on va travailler.

<sup>1</sup> Qui n'a pas fait la désagréable expérience, quelques mois après une lecture intéressante, de n'avoir que de vagues souvenirs de son contenu et surtout de sa source ? Dans le but d'échapper à ce désagrément, des « fiches de lecture » ont été constituées pour chaque source consultée pour ce travail. Elles seront prêtées sur demande, et contre remise d'un café.

Alors que la recherche d'un spécialiste du médicament tend à priori à se tourner vers les Facultés de Médecine et des Sciences, ce sont les chercheurs issus des Sciences Sociales qui ont étudié de façon approfondie les techniques, la méthodologie de la recherche, les enquêtes, et la psychologie sociale des relations.

La thématique-même de l'enquête se trouve au **croisement des compétences de pharmacie, médecine, sociologie, et neuropsychologie**.

On ne s'étonnera donc pas que les ressources littéraires utiles à la réalisation de l'enquête touchent à ces domaines.

Par analogie avec les systèmes informatiques, la facette Hardware regroupe le matériel dur, le « solide » (le « hard » d'un ordinateur). Il s'agit là de pièces à première vue inertes, mais dont la connectique savante avec un apport d'énergie suffisant « fait tourner la machine ». Cette facette est composée :

- de la quintessence de la littérature parcourue
- du carnet d'adresses constitué
- des outils logistiques et bureautiques
- des outils de récolte des données, ainsi que leurs techniques d'analyse

Examinons maintenant le contenu de points spécifiques du volet littérature et hardware.

#### 4.1 SORTIE DE L'HÔPITAL ET RETOUR À DOMICILE

En Californie, la **question de la médication lors du retour à domicile** a été étudiée par Dudas sur un collectif de 221 patients (Dudas, Bookwalter, Kerr, & Pantilat, 2001).

Une prestation de suivi a été offerte à une moitié randomisée des patients, au travers d'un appel téléphonique 48 heures post-hospitalisation. Un pharmacien s'enquerrait alors des conditions de retour à domicile et d'éventuels problèmes liés à la médication.

L'impact de cette prestation a ensuite été évalué par un questionnaire envoyé à tous les patients. Le questionnaire, assorti des résultats pour le collectif « appel

téléphonique » (**en gras**), est présenté ci-contre. L'entretien téléphonique a permis d'augmenter la satisfaction générale des patients, de résoudre des problèmes liés à la médication et de faire diminuer de façon significative les réadmissions aux urgences.

**TABLEAU 1 QUESTIONNAIRE ET RÉSULTATS DE L'ÉTUDE DE DUDAS, PATIENTS CONTACTÉS PAR TÉLÉPHONE (TRADUIT DE L'ANGLAIS)**

Comment vous êtes-vous senti depuis votre retour à domicile ?	
<input type="checkbox"/> Mieux	<b>(66%)</b>
<input type="checkbox"/> Pareil	<b>(24%)</b>
<input type="checkbox"/> Moins bien	<b>(10%)</b>
Avez-vous des questions à propos de vos médicaments ?	
<input type="checkbox"/> Oui	<b>(24%)</b>
<input type="checkbox"/> Non	<b>(70%)</b>
<input type="checkbox"/> Ne réponds pas	<b>(6%)</b>
Avez-vous des questions à propos des soins reçus pendant votre hospitalisation ?	
<input type="checkbox"/> Oui	<b>(11%)</b>
<input type="checkbox"/> Non	<b>(89%)</b>
Avez-vous des questions à propos du suivi ?	
<input type="checkbox"/> Oui	<b>(11%)</b>
<input type="checkbox"/> Non	<b>(87%)</b>
<input type="checkbox"/> Ne répond pas	<b>(1%)</b>
Avez-vous été en mesure de prendre tous les médicaments prescrits ?	
<input type="checkbox"/> Oui	<b>(77%)</b>
<input type="checkbox"/> Non	<b>(19%)</b>
<input type="checkbox"/> Ne répond pas	<b>(4%)</b>
Comprenez-vous la façon de prendre tous vos médicaments ?	
<input type="checkbox"/> Oui	<b>(90%)</b>
<input type="checkbox"/> Non	<b>(3%)</b>
<input type="checkbox"/> Ne répond pas	<b>(8%)</b>

A Genève, la question de la médication lors du retour à domicile est brièvement abordée dans l'enquête-patient réalisée par le Service de la Qualité. Les questions, sont reproduites ci-dessous.

TABLEAU 2 QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES HUG : QUESTIONS TOUCHANT AU PROCESSUS MÉDICAMENT À LA SORTIE DE L'HÔPITAL

#### RETOUR À LA MAISON

64. Est-ce qu'un membre de l'équipe soignante vous a expliqué clairement pourquoi vous devez suivre votre traitement ?

- Oui, tout à fait
- Oui, en partie
- Non
- Je n'ai pas eu besoin d'explications
- Je n'ai pas eu de médicaments à prendre

65. Vous a-t-on prévenu à l'hôpital des effets indésirables de vos médicaments à surveiller une fois rentré(e) chez vous ?

- Oui, tout à fait
- Oui, en partie
- Non
- Je n'ai pas eu besoin d'explications
- Je n'ai pas eu de médicaments à prendre

[...]

68. Est-ce que les médecins et les infirmier(e)s ont donné à votre famille ou à vos proches toutes les informations dont ils avaient besoin pour vous aider à vous rétablir ?

- Oui, tout à fait
- Oui, en partie
- Non
- Je n'ai pas eu besoin d'explications
- Je n'ai pas eu de médicaments à prendre

Comme il l'a déjà été mentionné, ces questions totalisent le plus grand nombre de patients insatisfaits, avec pour la question 65 plus de 30% de patients repartis sans informations sur les effets indésirables de leur traitement.

La lecture du rapport de l'enquête (Agoritas, Kolly, & Perneger, 2006) appelle les commentaires suivants :

- Il est heureux que la médication de sortie soit considérée comme un des éléments de satisfaction du patient. En revanche, l'enquête totalisant 122 questions, **3 items ne sont évidemment pas suffisants pour comprendre** tous les enjeux de la problématique.
- L'enquête-patient n'est destinée qu'aux adultes hospitalisés. Sont également exclus les patients non francophones, les patients de l'HOGER (pour une question d'erreur d'échantillonnage), les patients dont l'état de santé ne permet pas de répondre au questionnaire, et ceux qui ne désirent tout simplement pas répondre.  
On ne possède donc **aucune donnée formelle sur la médication de sortie des enfants hospitalisés dans le Département de Pédiatrie.**

La réalisation d'une enquête auprès des patients pédiatriques et/ou de leurs parents permettra de récolter de telles données.

## 4.2 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Les paragraphes suivants décrivent **quelques points de réflexion** méthodologique.

Selon (Bachelet, 2007), une enquête est structurée selon **9 étapes-clé**, également décrites par (Berthier, 2006) dans son ouvrage de techniques d'enquête.

Ces étapes sont listées pour repère dans le Tableau 3, en page 6. Les pièges et tracas souvent rencontrés par les enquêteurs ont été associés en vis-à-vis.



TABLEAU 3 MÉTHODOLOGIE D'UNE ENQUÊTE, ÉTAPES-CLÉ, ADAPTÉ DE (BACHELET, 2007)

1	<b>Définition de l'objet de l'enquête et de la population cible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le demandeur ne sait pas ce qu'il veut</li> <li>Caractérisation de la population cible incorrecte (trop large, trop restrictive)</li> <li>Ambition trop larges par rapport aux moyens disponibles</li> </ul>
2	<b>Pré-enquête d'exploration du sujet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas d'exploration ou exploration bâclée ; pas de contact avec les bons experts, « sujets » non représentatifs</li> <li>Partialité</li> </ul>
3	<b>Définition finale des objectifs et hypothèse de l'enquête</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hypothèse non explicitée, objectif incorrect</li> </ul>
4	<b>Mise au point du questionnaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mauvaise rédaction des questions ou des explicitations accompagnant le questionnaire, échelles incorrectes, biais de présentation</li> </ul>
5	<b>Test du questionnaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Test trop sommaire (mieux vaut être présent pour noter en temps réel les remarques du testeur)</li> <li>Pas de suivi des remarques faites par les testeurs</li> </ul>
6	<b>Campagne de collecte des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Échantillon insuffisant, campagne trop courte</li> <li>Protocole non respecté (formation des enquêteurs insuffisante)</li> </ul>
7	<b>Bouclage de la campagne de collecte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas d'analyse des non-réponses, ou des biais de l'échantillon</li> <li>Données finales non validées / stockées sous forme exploitable</li> <li>Contexte de la collecte non mémorisé</li> </ul>
8	<b>Dépouillement/analyse des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partialité de l'analyste</li> <li>Méthodologies statistiques mal adaptée</li> </ul>
9	<b>Rapport final</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas de théorie testée ou théorie/intérêt de l'étude non expliqué</li> <li>Attention : confidentialité</li> <li>Ne présente pas les limites de l'enquête, ses méthodes</li> <li>Conclusions peu claires</li> </ul>

Parcourir les différentes étapes méthodologiques d'une enquête permet d'amener une réflexion sur le type de résultats que l'on veut présenter.

J. Bell, dans son ouvrage de méthodologie, propose d'établir dès le début de l'enquête si le chercheur désire suivre une direction qualitative, ou plutôt quantitative. Elle en fait la définition suivante (Bell, 1993, p. 5) :

- Les **chercheurs quantitatifs** collectent les faits, et étudient les relations de ces faits les uns par rapport aux autres. Ils mesurent et produisent, en utilisant des techniques scientifiques statistiques, des **résultats quantifiés, et généralisables à une population**.

- Les **chercheurs qualitatifs** sont plus concernés par la compréhension de la perception du monde des sujets soumis à leurs études. Ils explorent les contenus, plus qu'ils ne produisent des analyses statistiques et **remettent en question les « faits » sociaux au profit d'une théorie individuelle**.

(Atkins, 1982) reprend ces définitions de façon plus formelle. La comparaison qu'il fait entre les 2 pôles est présentée dans le Tableau 4, en page 7.

**TABEAU 4 DÉFINITION DES PÔLES DE RECHERCHE, SELON UNE PERSPECTIVE QUANTITATIVE OU QUALITATIVE, ADAPTÉ DE (ATKINS, 1982)**

QUANTITATIVE FOCUS ON	QUALITATIVE FOCUS ON
Study & explanation of manifest behavior	Discovery & understanding of personal meaning
Search for "laws" governing human behavior : deterministic	Illumination & intersubjective construction of reality
Claim for objective truth	Claim for relative truth
Prediction on basis of statistical generalisability	General held to be inherent in particular. Reliance on informed judgment of reader to assess generalization to other know context
Repeated patterns, trends and central tendencies in phenomena	Relationship & distinction between cases. The unique an acceptable subject of research
Outcomes, results & products	Processes
Natural science paradigms	Arts paradigms
Measurement & testing instruments to collect data	Researcher as own instrument in collection of evidence
Detachment of researcher	Involvement/participation of researcher

(Berthier, 2006, p. 26) raisonne jusqu'aux modalités de questionnement dans l'enquête, et propose l'approche suivante :

Étude qualitative	versus	Étude quantitative
Approche intensive		Approche extensive
Structuration minimum		Structuration maximum
Entretien ouvert sur un thème		Questionnaire standardisé
Pas de questions préparées		Questions préparées
Libre expression du répondant		Questions imposées au répondant
Nombre réduit d'enquêtés		Grand nombre d'enquêtés

Ces classifications seront ici nuancées de quelques remarques :

- Une **distinction rigide** est conceptuellement **vide de sens**. Comme le mentionne (Eisner, 1981), les chercheurs, même dans un contexte quantitatif, s'intéressent à la substance même des relations qu'ils étudient.
- Il serait faux de faire de « recherche qualitative » un synonyme de recherche hasardeuse, irrationnelle, peu scientifique. Des méthodes de codifications informatiques, employées aux HUG (Chopard, 2008) permettent de structurer parfaitement les données collectées. Flick décrit lui aussi les méthodes de triangulation nécessaires à une validation des données (Flick, 1998, pp. 199-239).
- La taille des populations étudiée dicte lui aussi en partie la présentation des résultats. Pour exemple, pratiquer une statistique robuste demande un pool de données qui peut rapidement prendre des proportions insupportables pour un budget temps/argent modeste d'enquête. Les **ouvrages de sociologie exigent pour une étude quantitative** sur un échantillon **un minimum de 80 sujets** (Berthier, 2006, p. 177). Les études qualitatives sont quant à elles extrêmement chronophages sur la formulation des résultats obtenus.



Finalement, les deux approches sont nécessairement liées par le domaine culturel qu'elles étudient. Lors d'enquêtes de petite échelle, (Atkins, 1982) plaide pour une **approche éclectique qui se nourrit des deux pôles**.

La Figure 5, page suivante, résume l'avis de (Greig & Taylor, 1999, pp. 46-49). Ainsi, après avoir choisi une ligne directrice qualitative ou quantitative, le chercheur sélectionne la façon d'utiliser les outils habituels d'enquête, et **profite de doubler chaque outil**, ayant recours aux deux aspects pour obtenir des informations complètes.

La définition des pôles quantitatifs et qualitatifs de (Greig & Taylor, 1999) est présentée en Annexe I. Cette approche, décrite spécifiquement dans un contexte de recherche avec des enfants, est à mettre en regard du Tableau 4.

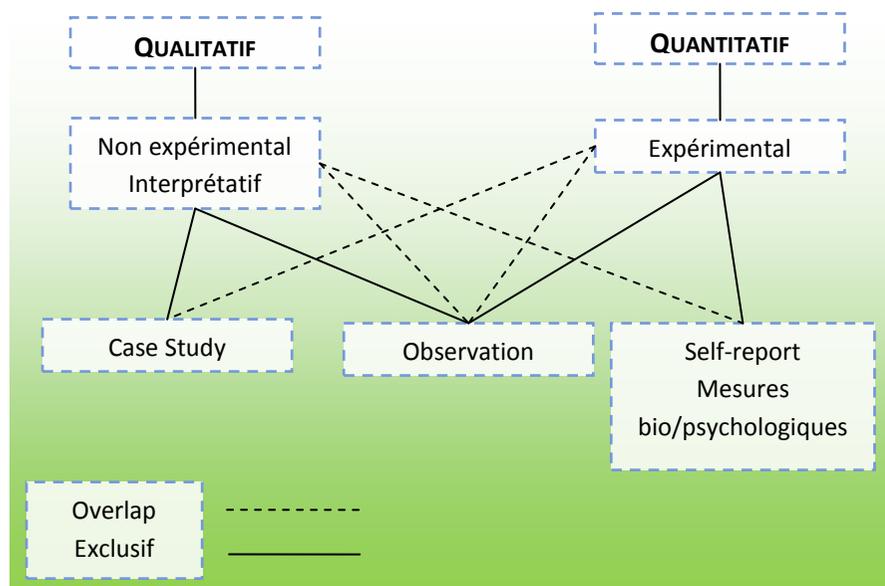


FIGURE 5 CHEVAUCHEMENTS POTENTIELS ENTRE RECHERCHE QUALITATIVE ET QUANTITATIVE, ADAPTÉ DE (GREIG & TAYLOR, 1999)

### 4.3 TECHNIQUES D'ENTRETIEN : ENFANTS ET ADULTES

Avant même de commencer à énumérer les différentes techniques existantes, il faut décider si **l'enquête doit être menée auprès des enfants, ou auprès de leurs parents**.

On comprend de façon intuitive que les mêmes supports d'enquête ne peuvent être indifféremment utilisés pour des enfants ou leurs parents.

Il est tout à fait possible d'interviewer des enfants, même très jeunes, et de considérer leurs réponses comme fiables et utilisables dans des analyses statistiques.

Les **moyens d'enquête doivent alors être adaptés aux moyens cognitifs des enfants**, fonctions des classes d'âge interrogées.

Un article récent de résultats de la Swiss National Youth Bone Study (Tyndall, et al., 2008) explique la méthodologie développée pour enquêter auprès d'un public adolescent.

L'article fait la preuve qu'**une population adolescente fournit des résultats utiles et précis**, malgré l'étude de sujets complexes touchants à l'intimité (auto-appréciation des stades de puberté à l'aide d'illustrations standardisées et d'un questionnaire). Le recrutement des adolescents a été réalisé à l'aide de moyens incitatifs comme des bons d'achat pour des CD.

Les adolescents sont également la population cible de la recherche de (Duggal, et al., 2000). Interviews et check-list auto-administrées sont apparues comme des outils valides.

L'étude de (Lopez, Habre, Laurençon, Haller, Van de Linden, & Iselin-Chavez, 2007) est un **travail modèle dans l'interdisciplinarité au service du patient**.

Le réveil intra-opératoire de patients âgés de 6 à 16 ans était jusqu'alors difficile à évaluer, de par la difficulté d'adapter les techniques d'interviews aux capacités cognitives et lexicales des enfants. Rassembler des spécialistes, **psychologues et médecins anesthésistes**, a permis d'élaborer des outils d'enquête adaptés, et de pouvoir faire totalement confiance aux témoignages des jeunes patients.

L'article, bon guide de pratique des entretiens chez les juniors, met au jour les spécificités propres des populations enfantines ou adolescentes.

L'utilisation de poupées et des différentes conditions d'entretien d'enfants est étudiée par (Follmer-Greenhoot, Ornstein, Gordon, & Baker-Ward, 1999), avec pour sujets des enfants entre 3 et 5 ans. Les conclusions poussent à **considérer chaque enfant individuellement**, plutôt que de proposer comme facilitateur universel une poupée et un examinateur souriant.

En matière de considération des spécificités individuelles lors d'interviews d'enfants, le guide de (Clare Wilson & Powell, 2001) aborde de façon extensive les problématiques. Dédié aux entretiens avec les enfants, l'ouvrage a le mérite de rapporter des **interviews réelles**, et met donc en application immédiate les concepts expliqués.

Bien plus que de donner d'excellents outils pour mener à bien des entretiens avec des enfants, le livre de (Greig & Taylor, 1999) décrit tout le processus de recherche avec des enfants : théories principales, techniques de collecte et d'interprétation des données et surtout un troisième volet sur les **points éthiques spécifiques** y sont abordés.

Au vu du nombre d'études et ouvrages décrivant des recherches avec des enfants, **pourquoi donc choisir d'interroger plutôt les parents ?**

Il faut ici distinguer la place de l'enfant dans le processus médicament.

Examinons à cet effet, deux vignettes cliniques issues de la pratique quotidienne de professionnels de santé, et touchant famille et médicament.

#### VIGNETTE 1

##### FAMILLE T. (NOM/PRÉNOM D'EMPRUNT)

- Famille très isolée, bénéficiant de l'asile.
- Gestion des médicaments par une infirmière à domicile.
- Le père se rend à la pharmacie pour prendre les médicaments en question.



<b>Rami</b> Père de famille Presque non francophone Un peu d'anglais	<b>Mali</b> Mère de famille Non francophone	<b>Tali</b> 2 ans Leucémie Recormon PS sol inj 1000 UI ser prête Leucovorin Emla patch	<b>Hali</b> 1 an Grand prématuré Folvite ViDe3 Maltofer gouttes Solution de Joulié
---	---	--	--

#### VIGNETTE 2

##### FAMILLE F. (NOM/PRÉNOM D'EMPRUNT)

- Parents séparés, le fils vit chez sa mère. Bonne dynamique familiale.
- Fils hospitalisé pour décompensation asthmatique



<b>Chantal</b> Mère de famille Salariée à plein temps	<b>Axel</b> 16 ans Collégien Ventolin Symbicort Singulair	<b>Géraldo</b> Père de famille Profession indépendante
---	--	--

Ces deux familles font partie du quotidien contrasté des soignants, mais peut-on imaginer que le médicament est considéré de la même façon dans les deux histoires de vie ? Évidemment non.

Les enfants de la famille T. « subissent leur traitement », et n'ont aucune prise sur celui-ci. Le père est l'interlocuteur principal. L'infirmière des soins à domicile administre les traitements ambulatoires, mais n'effectue pas de passage à la pharmacie.

L'adolescent de la famille F., s'il gère lui-même ses médicaments, ne se les procure pas à la pharmacie ; il délègue cette tâche à sa mère.

Si l'enquête doit récolter des données auprès des enfants seuls, le chercheur doit se préparer à une **hétérogénéité extrême des populations enfantines**.

Il serait intéressant de savoir qui, dans la majorité des situations, se procure les médicaments destinés au patient. Un postulat peut-être simpliste fait imaginer que c'est le plus souvent un des adultes responsable de l'enfant qui assume cette tâche.

Préférer alors **enquêter auprès du « parent référent du médicament »** n'est pas dénué de sens. Dans une situation idéale, celui-là-même qui administre les médicaments sera interrogé.

Pratiquer **un entretien avec des parents n'est pas réellement plus facile** qu'interviewer des enfants.

Ainsi, une brève du Swiss Medical Forum rapportait récemment les faits suivants : un tiers des patients fréquentant les urgences médicales s'y voient contraints par le fait qu'ils craignent de prendre rendez-vous chez un médecin.

**Le contexte médical, de part l'asymétrie des connaissances, met le patient dans une situation inconfortable.** A cela se rajoute la problématique de l'interview, qui est l'inverse de la discussion démocratique !

L'enquêteur peut trop facilement se trouver dans la difficile position de l'inquisiteur.

Sur le thème de la position d'enquêteur, Lorenzi-Cioldi ouvre son livre de méthodologie d'un mordant « **les questions ont les réponses qu'elles méritent** » (Lorenzi-Cioldi, 1997, p. 13). La première partie de son ouvrage est une fine dissection de l'activité cognitive que représente le fait de répondre à des questions. L'auteur examine l'impact que produisent différentes manières d'énoncer, et ensuite d'ordonner les questions dans une enquête, sur les réponses fournies par les individus.

Son ouvrage propose en conclusion des techniques d'analyses de données récoltées.

Les aspects méthodologiques sont abondamment décrits dans les ouvrages de Sciences Sociales. Les initiateurs de la recherche appartenant au corps médical,

c'est donc auprès de médecins que les références permettant de compléter les théories de l'entretien-patient seront recherchées.

Le tableau suivant, adapté de l'article de (Rey-Bellet, Zürcher, Martin, Michaelis Conus, Rodondi, & Vannotti, 2008), retrace de façon succincte le déroulement d'une consultation médicale.

TABLEAU 5 STRUCTURE DE LA CONSULTATION MÉDICALE ET TÂCHES DÉVOLUES AU MÉDECIN, ADAPTÉ DE (REY-BELLET, ZÜRCHER, MARTIN, MICHAELIS CONUS, RODONDI, & VANNOTTI)

<b>Structurer activement l'entretien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rendre explicite l'organisation de l'entrevue</li> <li>Prêter attention à l'organisation de l'entrevue</li> </ul>	<b>Débuter l'entretien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Préparer la rencontre</li> <li>Établir le premier contact (l'accueil)                             <ul style="list-style-type: none"> <li><b>!phase sociale ! Faire preuve d'intérêt envers son patient et être attentif à son confort</b></li> </ul> </li> <li>Déterminer les motifs de la consultation</li> </ul>	<b>Construire la relation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser un comportement non verbal approprié</li> <li>Établir une relation chaleureuse et harmonieuse</li> <li>Associer le patient à la démarche clinique</li> </ul>
	<b>Recueillir l'information</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Explorer les problèmes du patient et découvrir                             <ul style="list-style-type: none"> <li>La perspective biomédicale</li> <li>La perspective du patient</li> <li>Les informations de base (le contexte)</li> </ul> </li> </ul>	
	<b>Faire l'examen physique</b>	
	<b>Expliquer et planifier</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fournir la quantité et le type d'informations adéquates</li> <li>Aider le patient à retenir et à comprendre les informations</li> <li>Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient</li> <li>Planifier : arriver à une prise de décision partagée</li> </ul>	
	<b>Clore l'entretien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Planifier les prochaines étapes</li> <li>Préparer la fin de l'entrevue</li> </ul>	

**La structure d'une consultation médicale peut raisonnablement être utilisée comme base de l'entretien qui sera mené avec les patients.** L'auteur de ce rapport s'est ici permis de souligner dans le Tableau 5 toute l'importance de la phase sociale, qui consiste à :

- Saluer le patient et s'assurer de son identité si ce patient est nouveau
- Se présenter et préciser son rôle

**L'entretien mené auprès des patients doit permettre d'obtenir de l'information i.e. des données sources d'information.** Cette étape risque de se révéler ardue sans une structure adéquate de questionnement. (Berthier, 2006, p. 26) reprenant une étude de Ghiglione, propose alors le Tableau 6 ci-dessous pour aide à la décision.

TABLEAU 6 COMMENT CHOISIR LA FORME DE QUESTIONNEMENT ? ADAPTÉ DE (BERTHIER, 2006)

Entretien Type étude	Non-directif	Semi-directif	Directif
Contrôle			●
Vérification		●	●
Approfondissement	●	●	
Exploration	●		

L'investigateur a ainsi pour choix trois types d'entretiens, qui sont fonction du type d'étude entreprise.

L'enquête qui va être menée en pédiatrie se rapporte aux problèmes de médication rencontrés par les patients. Le champ théorique est déjà jalonné de quelques études pratiquées sur la continuité des soins. Des questions de recherche subsistent néanmoins. **L'entretien semi-directif semble donc le compromis qui permet de vérifier les faits établis et d'approfondir la piste spécifique du patient pédiatrique.**

Construire un entretien semi-directif est un important investissement temporel. Afin d'obtenir des questions valides, qui rencontrent les problématiques habituelles des patients, on peut mener une première série d'interviews non directives, à l'aide de questions ouvertes.

L'idée est toujours de tenter d'obtenir une bonne balance-temps entre analyse des données et informations récoltées.

L'analyse d'un entretien non-directif prend certes plus de temps, mais il permet un gain précieux dans la récolte d'information ; un champ lexical proche des acteurs sociaux étudiés, acquis par le biais de questions ouvertes, est plus à même de faciliter les réponses aux questions semi-directives. (De Singly, 2005)

**Des maux des mots...**

Confondre entretien semi-structuré et semi-standardisé sonne aux oreilles d'un spécialiste des Sciences de l'Éducation d'une façon aussi discordante que peut l'être pour le pharmacien l'annonce de plusieurs années de broyage des comprimés de Nexium par les infirmières de l'étage...  
Le lexique proposé en fin de travail permet d'entrevoir les bases du langage sociologique.

Ainsi :

Entretien semi-directif = semi-structuré

*Mais*

Entretien semi-structuré peut être semi-standardisé, avec des questions ouvertes.

Toutes les techniques d'entretiens semi-structurés sont rapportées dans l'excellent tableau de synthèse de (Flick, 1998, pp. 130-131), qui figure dans ce travail, en page 12 (Tableau 7). L'ouvrage du chercheur développe chacun des outils mentionné.

Le tableau figure ici pour offrir une vue rapide des techniques disponibles, et également afin de se familiariser avec le lexique anglophone sociologique. Les recherches bibliographiques approfondies en seront facilitées.

TABLEAU 7 COMPARAISON DES MÉTHODES DE RÉCOLTE DES DONNÉES VERBALES: INTERVIEWS SEMI-STRUCTURÉES, ADAPTÉ DE (FLICK, 1998)

SEMI-STRUCTURED INTERVIEWS					
Criteria	Focused interview	Semi-standardized interview	Problem-centred interview	Expert interview	Ethnographic interview
Openness to the interviewee's subjective view by :	Non-direction by unstructured questions	Open questions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Object and process orientation</li> <li>• Room for narratives</li> </ul>	Limited because only interested in the expert, not in the question	Descriptive questions
Structuring (eg deepening) the question	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Giving a stimulus</li> <li>• Structured questions</li> <li>• Focusing on feelings</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypothesis directed questions</li> <li>• Confrontational questions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interview guide as basis for turns and ending unproductive presentations</li> </ul>	Interview guide as instrument for structuring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structural questions</li> <li>• Contrastive questions</li> </ul>
Contribution to the general development of the interview as a method	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 criteria for designing interviews</li> <li>• Analysing the object as a second data sort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structuring the contents with structure laying technique</li> <li>• Suggestions for explicating implicit knowledge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Short questionnaire</li> <li>• Postscript</li> </ul>	Highlighting of direction: limitation of the interview to the expert	Highlighting the problem of making interview situations
Domain of application	Analysis of subjective meanings	Reconstruction of subjective theories	Socially or biographically relevant problems	Expert knowledge in institutions	In the framework of field research in open fields
Problems in conducting the method	Dilemma of combining the criteria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extensive methodological input</li> <li>• Problems of interpretation</li> </ul>	Unsystematic change from narrative to question-answer schema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Role diffusion of the interviewee</li> <li>• Blocking by the expert</li> </ul>	Mediation between friendly conversation
Limitation of the method	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assumption of knowing objective features of the object is questionable</li> <li>• Hardly any application in its pure form</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducing a structure</li> <li>• Need adapt the method to the issue and the interviewee</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problem orientation</li> <li>• Unsystematic combination of most diverse partial elements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitation of the interpretation on expert knowledge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mainly sensible in combination with observation and field research</li> </ul>

Pour clore ces pistes d'entretien, on rappellera que « **la communication est un contrat** ». (Blanchet, Ghighlione, Massonat, & Trognon, 1998, p. 129). Regarder, Écouter, Questionner: ces éléments sont détaillés dans l'ouvrage dont est tirée cette citation, sur fond de respect des accords tacites.

On souhaitera également que **les enquêteurs offrent une neutralité bienveillante** face aux problématiques qui seront présentées par les patients. Ainsi, dans le contexte pédiatrique de la consultation genevoise du « Service Santé Jeunesse », le travail de la sociologue L. Odier montre que les médecins ont

une attitude différenciée en fonction du genre, en ce qui concerne la prise en charge de leurs patients (Odier Da Cruz L, 2008). L'analyse des dossiers, réalisée selon une perspective genre, a révélé la **persistance d'attentes différentes reposant sur les mères et les pères**. Ceci témoigne d'une différenciation sexuelle des rôles dans l'éducation des enfants. On retrouve la distinction classique qui veut que les mères assument la dimension expressive et les pères la dimension instrumentale de la famille, pour reprendre les termes de Talcott Parsons.

Préférer enquêter auprès du « parent référent du médicament » permet de se prémunir de ce type de biais.

## 4.4 ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE

*L'enquête par questionnaire a pour but d'expliquer ce que les acteurs [sociaux] font par ce qu'ils sont, et non par ce qu'ils disent de ce qu'ils font.* (De Singly, 2005, p. 19). Ces mots de sociologue semblent-ils compliqués ?

Une enquête appréhende l'identité sociale des individus, afin d'explorer le rapport de causalité entre une pratique étudiée et le milieu social.

Dans cette exploration :

- **l'entretien est l'instrument privilégié pour comprendre les comportements** et informe peu sur les déterminants des pratiques. L'interview a d'abord pour fonction de reconstruire le sens « subjectif », le sens vécu des comportements des acteurs sociaux.
- le **questionnaire** est quant à lui la méthode de choix **pour expliquer les conduites**, mais n'informe pas sur les processus. Il a pour ambition première de saisir le sens « objectif » des conduites en les croisant avec des indicateurs des déterminants sociaux.

Le paragraphe 4.3 ci-dessus présente l'entretien semi-directif comme l'outil adéquat pour comprendre les problématiques rencontrées par les patients.

La différence fondamentale entre l'entretien semi-directif et le questionnaire se tient aux façons de procéder au double mouvement de conservation/élimination (voir lexique) ; dans l'entretien, c'est surtout la personne interrogée qui est maîtresse de ce choix alors que, dans le questionnaire, l'individu qui répond la fait dans un cadre fixé à l'avance par le spécialiste.

**Le questionnaire sélectionne ainsi dans le réel les éléments pertinents des conduites étudiées et des facteurs sociaux.** (De Singly, 2005)

De façon extrêmement pragmatique, (Bachelet, 2007) articule un questionnaire selon la Figure 6. Suivant pas à pas le concept jusqu'à la question, on évite de mélanger dimensions et composantes, ou de poser deux questions en une. Les objets sont clarifiés autant pour le chercheur que pour l'enquêté. (Chopard, 2008) a mentionné à plusieurs reprises toute la difficulté de rédiger des questions à composante unique.

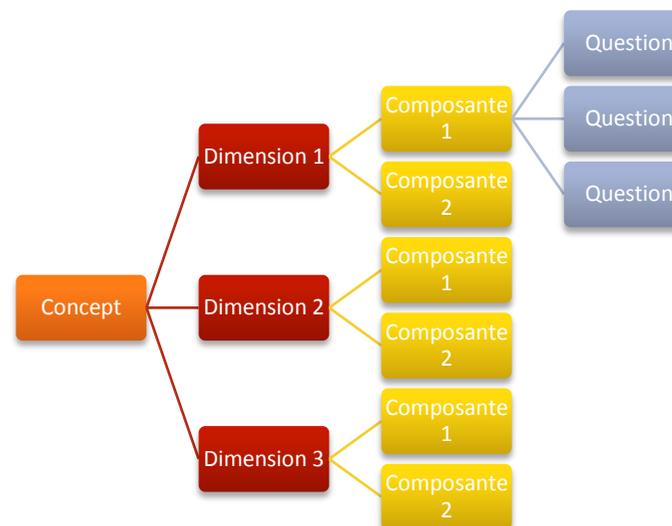


FIGURE 6 ARTICULATION D'UN QUESTIONNAIRE

La tendance actuelle semble être au questionnaire semi-structuré.

Le 22 mai 2008, en se focalisant sur des études concernant les patients de 0 à 18 ans, avec pour terme de recherche une méthode de questionnement/entretien semi-structuré, 41 études sur les 180 derniers jours avaient été référencées par Medline.

On relèvera également que les enquêtes actuelles en contexte médical s'appuient majoritairement sur des entretiens semi-structurés. Une logique que ne contredirait pas (Atkins, 1982) qui estime que c'est la meilleure adéquation entre les pôles qualitatif et quantitatif.

Les éléments discutés plus haut au sujet des entretiens s'appliquent également, à leur échelle, aux questionnaires. Ainsi, décision devra également être prise sur une forme-type de questionnement: non structuré, semi-structuré, structuré. Le chercheur devra également prendre une décision sur la façon dont le questionnaire devra être administré.



Rentable et praticable sur un collectif large, des envois postaux aboutissent à l'auto-administration du questionnaire. Le chercheur peut également encadrer le patient en lui administrant lui-même les questions, lors d'un entretien.

L'anonymat peut même être conservé dans le cas de formulaires envoyés à domicile. On peut adjoindre une petite carte/reminder nominale, séparée du questionnaire : le patient peut ainsi faire savoir qu'il a répondu au questionnaire, ou s'il ne veut plus y répondre.

Pour la mise en opération formelle, le Tableau 9 en page 15 présente une checklist utile, tirée de l'ouvrage de (Bell, 1993). A noter que ce manuel de recherche complète parfaitement l'ouvrage de (De Singly, 2005) : le premier offre les aspects « pratico-pratiques » du questionnaire, le second une solide base théorique.

Un exposé théorique assorti d'exercices corrigés est également apportée par l'ouvrage de (Berthier, 2006).

### **Les questionnaires correctement remplis sont également la récompense de bonnes échelles de réponse proposées au patient.**

(Lorenzi-Cioldi, 1997) explore le champ des échelles de réponses : un exemple tiré de sa recherche est présenté dans le Tableau 8.

**TABLEAU 8 ÉCHELLES DE RÉPONSES : FRÉQUENCES, ADAPTÉ DE (LORENZI-CIOLDI, 1997)**

Basse fréquence	Haute fréquence	Complète
1. De jamais à très rarement	1. De jamais...	1. De jamais à très rarement
2. De très rarement à rarement		2. De très rarement à rarement
3. De rarement à quelquefois	... à quelquefois	3. De rarement à quelquefois
4. De quelquefois...	2. De quelquefois à assez souvent	4. De quelquefois à assez souvent
	3. D'assez souvent à fréquemment	5. D'assez souvent à fréquemment
... à toujours	4. De fréquemment à toujours	6. De fréquemment à toujours

Les échelles de réponses, habituellement tenues pour des moyens qui informent le chercheur sur l'opinion des participants, sont bien davantage que de simples supports passifs de l'opinion.

L'échelle informe non seulement le chercheur mais aussi le sujet qui, devant y placer sa réponse, en retire de précieuses indications sur le contenu de la question. Les **extrêmes de l'échelle, l'amplitude et les intervalles** permettent notamment de faire interférer les connaissances et les attentes de l'enquêteur à propos de l'existence, de l'occurrence et de l'intensité du comportement visé dans le "monde réel". (Lorenzi-Cioldi, 1997)

Lorenzi démontre que des populations similaires, à des questions identiques, répondent de manière complètement différentes en fonction des échelles proposées dans le Tableau 8.

**Le rédacteur du questionnaire doit prendre garde aux biais de désirabilité sociale et de conformité souhaitée par le patient.**

La rédaction de questionnaires n'étant pas une sinécure, des formations spécifiques existent à dessein. Le module 5 du certificat en méthodes de recherche clinique de l'IUMSP a pour thème l'art de rédiger un questionnaire (Jeanin, Meystre-Agustoni, & Dubois-Arber, 2004)<sup>2</sup>.

Cet éventail bibliographique ne saurait se terminer sans citer les articles de la section « Education and debate » du BMJ sur la recherche par questionnaire. (Boynton & Greenhalgh, Hand-on guide to questionnaire research : Selecting, designing, and developing your questionnaire, 2004) (Boynton, 2004) (Boynton, Wood, & Greenhalgh, 2004). La série d'articles, « *Hands-on guide to questionnaire research* » porte parfaitement son nom : un concentré d'informations pratiques à toujours avoir à portée de main.

<sup>2</sup> Le polycopié de ce module 5 est disponible sur demande, contre remise d'un café.

TABLEAU 9 CHEKLIST POUR CONCEPTION DE QUESTIONNAIRES TIRÉ DE (BELL, 1993)

1. Decide what you need to know	List all items about wich information is required
2. Ask yourself why you need this information	Examine your list and remove any item that is not directly associated with the task
3. Is a questionnaire the best way of obtaining the information?	Consider alternatives
4. If so, begin to word questions	Write questions on separate cards or pieces of paper, to help ordering later on. Consider question type (verbal, grid, etc).
5. Check wording of each question. Is there any ambiguity, imprecision or assumption? Are you asking respondents to remember? Will they be able to? Are you asking for knowledge respondents may not have? Any double, leading, presuming, hypothetical or offensive questions?	Keep language simple. Don't use words respondents may not understand (that includes technical language), unless you are dealing with a professional group all of whom understand your linguistic short cuts.
6. Decide on the question type	Verbal, list, category, ranking, scale, quantity or grid. Each type requires a different analysis
7. When you are satisfied that all questions are well worded and of the right type, sort into order	It is often best to leave sensitive issues until later in the questionnaire
8. Write out instructions to be included on the questionnaire	Respondents must be quite clear about how they are to answer questions (ticks in boxes, Yes/No, etc.)
9. Consider layout and appearance	Instructions must be clearly presented. Decide whether you need a right-hand margin for coding
10. Hand over your questionnaire for typing	
11. Decide on your sample	If possible, select a sample wich will give you subjects who are likely to be representative of the population. If you have to make do with an opportunity sample, say why in your report
12. Pilot your questionnaire	ideally, it should be sent to people who are similar to your selected sample. However, if that is not possible, ask friends, family or colleagues to help.
13. Try out your methods of analysis.	Even with five or six completed questionnaires, you will be able to see whether any problems are likely to arise when you analyse the main returns.
14. Make any adjustments to the questionnaire in the light of pilot respondents' comments and your preliminary analysis	Consider timing. If it took your guinea pigs too long to complete, consider whether any items might be removed.
15. Decide at an early stage how the questionnaire are to be distributed	By post? Internal mail? By you ? If you decide on postal survey, include a stamped adressed envelope. People are doing you a favour by completing the questionnaire. Don't expect them to pay for the privilege.
16. Unless you are administering the questionnaire personally, include a covering letter and a self-addressed envelope	Explain the purpose of the study. If you have official approval to carry out the study, say so.
17. Don't forget to say when you would like questionnaire to be returned	Keep a record of when questionnaires were distributed and when returned.
18. Decide what you are going to about the non-respondents BEFORE you distribute the questionnaires	Remember you will not be able to send out reminders if all responses are anonymous
19. Do not distribute questionnaires before checking whether approval is required	Never assume "it will be all alright"
20. Begin to record data as soon as completed questionnaires are returned	You have no time to wait for stragglers
21. Do not get involved with complicated statistics unless you know what you are doing	It is perfectly possible to produce a good report without extensive statistical knowledge, as long as the structure of the questionnaire is well thought out.

Le dernier article de la série du BMJ mentionne un fait problématique : **les questionnaires actuels, et de façon générale, les enquêtes actuelles, excluent systématiquement les populations dont les données se révéleraient difficile à obtenir ou à interpréter.** (Boynton, Wood, & Greenhalgh, Hands-on guide to questionnaire research : reaching beyond the white middle classes, 2004).

De fait, quelles sont les cohortes de patients ciblées par les enquêtes réalisées aux HUG ?

- Le groupe de travail (Lopez, Habre, Laurençon, Haller, Van de Linden, & Iselin-Chavez, 2007) a développé un questionnaire qualitatif semi-structuré pour répondre aux problématiques de très jeunes patients. Mais l'article mentionne :

*« Children who did not have a good command of the French language, or who had some mental impairment and/or psychiatric disorder that might have interfered with the reliability of the interview not included in the study”.*

Cette enquête étant pionnière dans son domaine, exclure les patients problématiques sert la validation des données, et se justifie parfaitement.

- L'enquête-patient du Service de la Qualité (Agoritas, Kolly, & Perneger, 2006) exclut les patients non francophones, ou ceux trop malades pour répondre.

On pressent intuitivement qu'être un parent non francophone doit créer des difficultés dans le processus médicament et fait peut-être augmenter les risques d'erreur de médication.

Un temps consacré à la traduction du questionnaire serait-il profitable ? Même sans questionnaire différencié pour les populations étrangères, migrantes, des questions sur les problèmes-types rencontrés par les non francophones doivent être incluses.

La question de la population pour qui les prestations seront formatées se pose maintenant.

## 4.5 FOCUS GROUP : UN PIED DE NEZ AU PATIENT STANDARDISÉ

Les besoins et attentes du patient déterminent les prestations offertes par le réseau de soins.

En termes d'efficacité, on espère donc habituellement offrir des prestations qui sont en adéquation avec la population.

**La recherche qui va être menée doit-elle être validée pour plaire au plus grand nombre, et couvrir des intérêts moyens, ou tenter d'apporter une aide concrète aux populations vulnérables habituellement délaissées par les statistiques ?**

Comment pratiquer des soins communautaires, sans connaître les patients autrement que par un questionnaire ? Des entretiens face à face préalables permettent-ils de couvrir un échantillon suffisant pour construire des outils efficaces d'enquêtes ?

Le module 5 de certification en méthodes de recherche clinique nous apprend que tout type de questionnaire comporte des biais, dont celui d'échantillonner une population non représentative (Jeanin, Meystre-Agustoni, & Dubois-Arber, 2004).

**Une méthode utilisée en Sciences Sociales, le focus group, permet d'échapper à l'effet « white middle class », mais profite également à cette dernière en apportant de nouveaux éléments auxquels un groupe de chercheurs ne pourrait penser.**

La description de cette méthode nous fait entrer dans le second et troisième volet de ce travail : Software, savoir-faire et savoir-être.



## 5 SOFTWARE, SAVOIR-FAIRE ET SAVOIR-ÊTRE

Les seconds et troisièmes volets de la recherche font appel à des compétences « douces » de la part du chercheur.

**Toutes les techniques étudiées dans le premier volet sont ici mâtinées d'empathie et d'entregent.** Les capacités de communication sont mises au service du hardware assemblé précédemment.

Le réseau professionnel prend ici tout son sens. C'est auprès de collègues de disciplines différentes que le travail en contexte clinique, avec des patients, va être travaillé. **Le savoir-être s'apprend par des techniques de compagnonnage, plus que par de longues lectures théoriques.**

C'est également auprès de collègues d'autres Facultés que le savoir-faire qui n'est pas enseigné dans les livres, le tour de main, un certain regard sur les patients, s'acquerra.

Examinons ce que Powell peut nous enseigner des focus group, peu pratiqués à Genève.

Ce type de réunion représente une innovation certaine dans l'art de récolter des données cliniques. (Powell RA, 1996) décrit cette technique méthodologique comme la plus adaptée lorsque :

- *Existing knowledge of a subject is inadequate and elaboration of pertinent issues or the generation of new hypotheses is necessary before a relevant and **valid questionnaire can be constructed** or an existing enhanced*
- *The subject under investigation is complex and comprises a number of variables. **A focus group enables the researcher to concentrate time and resources on the study's most pertinent variables***
- *The **subject** under investigation is **complex and concurrent use of additional data collection methods is required to ensure validity***

Cet outil semble donc significativement pertinent par rapport au champ de l'enquête qui sera menée.

Une explication sommaire de cette technique d'obtention de données verbales est résumée dans le Tableau 10 en page 18.

On le comprend intuitivement, le focus group permet de dépasser « l'effet questionnaire », qui plonge le patient dans le stress d'une quasi-situation d'examen.

La maîtrise du français écrit n'est obligatoire, le cadre est moins strict et moins impressionnant que lors d'un entretien face à face. L'émulation obtenue par effet de groupe est profitable.

Les focus groups n'ont jamais été formellement utilisés aux HUG pour obtenir des données cliniques.

Dans un format idéal, le pharmacien-chercheur serait formé et/ou accompagné par un médecin/psychologue qui connaît cette technique.

Psychologue clinicienne de la Guidance Infantile, Anne Spira (Spira, 2008) a déjà mené des focus group, mais sur les thématiques du sommeil et de l'alimentation. Elle avertit que ce type d'entretiens ne peut pas être réalisé par des personnes qui sont complètement imperméables au sujet. Elle-même, trop peu expérimentée dans le domaine de la médication, se sentirait démunie pour coordonner de tels groupes.

Elle s'interroge à juste titre sur les ressources à investir par le psychologue-guide, pour accompagner au mieux le pharmacien-chercheur.



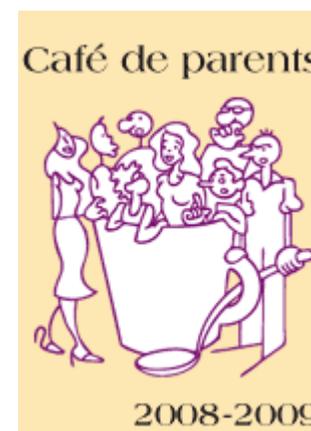
**TABLEAU 10 CARACTÉRISTIQUES ET DÉROULEMENT D'UN FOCUS GROUP, ADAPTÉ DE (POWELL RA, 1996)**

Le focus group réunit :	
a) Des individus partageant une caractéristique-clé, pertinente pour l'étude	
b) 6-10 de ces personnes, seront conviées à participer à un groupe de discussion. Ces patients doivent rester étrangers les uns aux autres. Contrairement à d'autres séances de groupes avant lesquelles un bref tour de table permet aux participants de se présenter, et présenter les acteurs sociaux qu'ils sont, ici, on reste anonyme.	➤ L'anonymat engendre une atmosphère qui encourage l'honnêteté : les points de vue intimes et les expériences négatives émergent plus facilement
c) Il est important de choisir les participants de façon à obtenir une hétérogénéité maximum de données	➤ Expliqué d'une façon quelque peu triviale : on souhaitera que l'enquêteur évite de se mettre dans la peau de l'avocat qui choisit son jury de façon à assurer le bon déroulement des audiences de son client.
d) Il faut cohorter environ 25% de patients supplémentaires, et prévoir une petite rémunération	
e) Le nombre idéal de rencontres dépend de la nature et de la complexité du sujet investigué et de l'usage qui est fait des données verbales obtenues lors des séances de focus group.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Il faut raisonnablement compter entre 1 et 10 séances. Un effet de saturation, de redondance des thématiques est observé lorsque l'on dépasse 10 séances.</li> <li>➤ Une séance dure entre 90 et 120 minutes</li> <li>➤ Il est conseillé de prévenir les patients 10-15 jours à l'avance, puis de faire un rappel.</li> </ul>

Une piste à suivre, proposée par Anne Spira, est celle de l'association « **l'École des parents** », dont la présentation est reproduite en page 19.

A Genève, ce centre regroupe des spécialistes (la liste des collaborateurs de l'École des parents est disponible en Annexe II.) qui offrent des prestations aux privés, mais aussi aux institutions qui ont besoin de guidance méthodologique pour des thématiques touchant à l'enfance. Leur action la plus populaire consiste en l'organisation d'une sorte d'embryon de focus group : le Café des parents.

Une thématique précise, un psychologue, et des parents anonymes composent les réunions mensuelles, dont un aperçu du programme est disponible en Annexe III.



### PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION **ÉCOLE DES PARENTS**

Créée en 1950 l'Ecole des parents est une association reconnue d'utilité publique.

#### LA MISSION

L'Ecole des parents est une association qui entend offrir aux parents et/ou aux personnes concernées par les questions d'éducation, un accompagnement non médicalisé, pour participer à la construction d'une relation harmonieuse au sein de la famille et favoriser la création de liens sociaux entre les familles.

L'Ecole des parents est à l'écoute des préoccupations actuelles des parents. Elle est ouverte et va à la rencontre de toutes les formes de parentalité.

#### A QUI S'ADRESSE L'ÉCOLE DES PARENTS?

**Aux parents:** afin de leur proposer des prestations qui permettent de développer leurs compétences parentales, dans la perspective de l'amélioration des relations au sein de la famille et/ou entre les familles.

**Aux services publics:** afin de fournir aux autorités responsables des éléments pour orienter la politique familiale et les mesures de soutien aux parents.

**Aux institutions qui travaillent avec des parents** (directement ou indirectement) afin de leur fournir la possibilité de développer leurs connaissances et renforcer leurs compétences.

Une entrevue informelle sur l'utilisation des focus group dans le contexte de cette enquête a permis de susciter un vif intérêt auprès de Céline Di Gregorio, ancienne psychologue clinicienne des HUG.



Sur remise d'un document clarifiant les questions de recherche et la méthodologie employée, elle offrira une guidance, et sait trouver auprès du docteur Bianchi de Micheli une oreille favorable à ce type de projet. Elle s'en fera volontiers l'écho.

Elle est également une personne ressource pour accéder à des psychologues installés, tel M. Cousse, qui a déjà pratiqué des focus group.

Trois ressources bibliographiques se montreront encore utiles pour avancer dans l'étude à l'aide de focus groups.

(Morgan, 1988), après une présentation des focus groups dans le champ qualitatif, fait comparaison et lien avec d'autres méthodes utilisées en Sciences Sociales, dont les enquêtes par questionnaires (Morgan, 1988, p. 33).

L'ouvrage, extrêmement bref<sup>3</sup>, se veut pratique, et « prend l'investigateur par la main » pour le conduire au travers de la technique. Planning et organisation sont détaillés de façon simple et complète dans cet ouvrage. L'analyse des données est en revanche confidentielle, puisque, comme l'admet l'auteur (Morgan, 1988, p. 68), il ne pratique jamais la moindre analyse statistique sur ses données.

Plus complet, avec une exploration de la dynamique interpersonnelle et intra – groupusculaire, les chercheurs (Stewart, Shamdasani, & Rook, 2007) proposent des exercices, ainsi que de remarquables **outils à utiliser en cas de « panne de focus group », par exemple pour cause de participant agressif** (Stewart, Shamdasani, & Rook, 2007, p. 100). L'analyse des données est expliquée de façon abordable, sur une trentaine de pages.

La pratique de focus groups avec des enfants n'est pour sa part qu'abordée que durant une seule page.

L'ouvrage de (Vaughn, Shay Schumm, & Sinagub, 1996) est **le seul à consacrer un chapitre sur la façon de mener des focus groups avec des enfants**. Le livre présente également une comparaison d'outils informatiques dédiés à l'analyse des focus group.

<sup>3</sup> Trop bref ? 85 pages pour « faire le tour de la question ». Malgré tout, une gageure pour l'auteur, qui fut un des premiers à se lancer dans l'aventure d'un manuel de pratique des focus groups.

## 6 CONCLUSION

Le domaine de la continuité des soins est plus jeune que certains patients qui seront interrogés dans l'étude à venir.

Les enfants sont les orphelins de l'industrie pharmaceutiques, des études cliniques et de la statistique.

La pharmacie des HUG peut se prévaloir de sécuriser le processus médicament d'une population vulnérable grâce à un encadrement des pratiques.

### **Pourquoi alors s'arrêter aux portes de l'hôpital ?**

Réaliser une enquête sur les problématiques médicamenteuses rencontrée à domicile est utile.

Recenser les tracas rencontrés par le « parent référent du médicament » doit permettre une réelle avancée dans les prestations offertes aux parents.

L'investigateur veillera à prendre toutes les mesures nécessaires pour que l'échantillon étudié soit représentatif des patients qui ont le plus besoin d'un soutien, les patients les plus fragiles. Les Sciences Sociales suggèrent de nombreuses pistes pour pratiquer des études limitant les biais.

Rationalisation des soins et efficience. Profitons de ces situations où temps et argent nous sont comptés pour utiliser des outils innovants dans le domaine de la santé, tel le focus group : il permet de construire des questionnaires qui répondent immédiatement aux préoccupations des patients.

Cette étude est également une chance pour l'interdisciplinarité des professions médicales en milieu hospitalier.

Dans le respect des spécificités de chacun, la course à la transversalité des savoirs place sur la ligne d'arrivée nos patients.



## 7 BOÎTE AUX ASTUCES

### 7.1 LEXIQUE ET TRADUCTORAMA

Le lecteur naïf qui s'attèle à la lecture d'ouvrages traitant de méthodologie de recherche, ou de rapports de recherche écrits par des sociologues risque d'être fort dérouté par la terminologie employée. Le lexique suivant clarifie certains termes.

<b>Double mouvement de conservation/élimination</b>	<p>Lors d'un entretien, à la suite d'une question, processus cognitif qui consiste à trier les réponses selon sa convenance pour mettre en avant des aspects, et en rejeter d'autres.</p> <p>Ex. avec un entretien semi-directif sur le choix de programme télévisuels, qui débiterait d'un :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel âge avez-vous ? (Bel exemple de question ouverte)</li> <li>- J'ai l'âge de mes artères ! J'ai subi l'an dernier un triple pontage coronarien.</li> </ul> <p>Le double mouvement est perturbé dans un questionnaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quel est votre âge ? ..... (Peu de place pour répondre)</li> <li>2. Quels sont les programmes télévisuels que vous visionnez pendant l'après-midi ? .....</li> <li>3. [etc.]</li> </ol>
<b>Enquête-patient</b>	Enquête de satisfaction
<b>Épistémologie</b>	Théorie de la connaissance et de sa validité
<b>Méthodologie</b>	<p>Méthodologie ≠ méthode !</p> <p>Méthodologie = étude des méthodes scientifiques, des techniques (subdivision de la logique)</p>
<b>Sémantique</b>	Étude du langage considéré du point de vue du sens. Étude générale des relations entre les signes (sémiologie), et leurs référents. En gros, sémiologie appliquée à la vie sociale

Parce que la langue anglaise réserve sont lot de surprises au chercheur francophone, voici une courte liste de termes français-anglais utiles au domaine exploré :

<b>Automatic data processing</b>	Traitement automatique des données
<b>Collecting, data collection</b>	Collectage
<b>Guinea pig</b>	Le cobaye de l'étude scientifique
<b>Methodology</b>	Méthodologie
<b>Qualitative/quantitative analysis</b>	Analyse qualitative/quantitative
<b>Reliability tiré de (Bell, 1993)</b>	<p><i>Reliability</i> is the extent to which a test or procedure produces similar results under constant conditions on all occasions.</p> <p>A clock which turns ten minutes slow some days and fast on other days is unreliable. There are numbers of devices for checking reliability in scales and tests, such as <i>test-retest</i> (administering the same test some times after the first), the <i>alternate forms method</i> (where equivalent versions of the same items are given and results correlated) or the <i>split-half method</i> (where the items in the test are split into two matched halves and scores correlated). The check for reliability will come at the stage of question wording and piloting of instrument.</p>
<b>Research methodology</b>	Études des techniques de recherche
<b>Self-report</b>	Sorte de QCM auto-administré
<b>Semi-directive (semidirective)</b>	Semi-directif
<b>Semi-structured (semistructured)</b>	Semi-structuré
<b>Social image</b>	Représentation sociale
<b>Survey</b>	Enquête
<b>Validity tiré de (Bell, 1993)</b>	<i>Validity</i> is an altogether more complex concept. It tells us whether an item measures or describes what it is supposed to measure or describe.

## 7.2 ADRESSES UTILES

<b>Anne Spira</b>	Psychologue clinicienne Guidance Infantile
<b>Bibliothèque de la Faculté de psychologie et des Sciences de l'Éducation (fpse)</b>	<a href="http://www.unige.ch/biblio/fapse/index.html">http://www.unige.ch/biblio/fapse/index.html</a> Horaire réduit jusqu'au 5 août : Lundi-vendredi 9h00-17h45 La carte de lecteur permet d'emprunter 15 ouvrages pour 28j renouvelables 2x.
<b>Céline Di Gregorio</b>	Psychologue clinicienne Anciennement à la consultation de sexologie de la rue des Pitons <a href="mailto:ocalee2@hotmail.com">ocalee2@hotmail.com</a>
<b>Comité d'éthique de la recherche</b> Président : Prof. Michel Boulvain <a href="http://ethiquerecherche.hug-ge.ch">http://ethiquerecherche.hug-ge.ch</a>	Secrétaire : <ul style="list-style-type: none"> <li>• C. Ulmer : lundi, mardi, mercredi matin</li> <li>• D'ambrosi : mercredi après-midi, jeudi et vendredi</li> </ul> Bureau 9F-1-003.1, bâtiment des séminaires (1 <sup>er</sup> ) Messagerie : 37 299 19 Fax 022 372 90 20 <a href="mailto:Ethique.r.comissioncentrale@hcuge.ch">Ethique.r.comissioncentrale@hcuge.ch</a>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Règlement de la commission</li> <li>• Protocoles actifs : utile pour constituer le groupe avec qui travailler !</li> <li>• Check-list et formulaires</li> <li>• Agenda des commissions</li> <li>• Etc.</li> </ul>	
<b>Dr Anne Meynard</b>	Consultation Santé-Jeunesse <a href="mailto:Anne.Meynard@hcuge.ch">Anne.Meynard@hcuge.ch</a> 37 29 985

<b>Dr Claire-Anne Wyler</b>	Poli-ped/chir Enfant/Adolescent <a href="mailto:Claire-Anne.Wyler@hcuge.ch">Claire-Anne.Wyler@hcuge.ch</a> 37 24 710
<b>Dr Martine Louis-Simonet</b>	MI & générale <a href="mailto:Martine.Louis-Simonet@hcuge.ch">Martine.Louis-Simonet@hcuge.ch</a> 37 29 060
<b>Dr Michel Boulvain</b>	Médecin adjoint agrégé, obstétrique <a href="mailto:Michel.Boulvain@hcuge.ch">Michel.Boulvain@hcuge.ch</a> 37 24 317
<b>Dr Pierre Chopard</b>	Médecin adjoint, Service de la Qualité des Soins <a href="mailto:Pierre.Chopard@hcuge.ch">Pierre.Chopard@hcuge.ch</a> 37 29 013
<b>Ecole des Parents</b> <a href="http://www.ep-ge.ch/">http://www.ep-ge.ch/</a>	91, rue de la Servette, 1202 Genève Secrétariat 022 733 12 00 Fax 022 733 82 11 Du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 15h30 <a href="mailto:contact@ep-ge.ch">contact@ep-ge.ch</a> Pour les autres prestations «hors murs», renseignements et tarifs au 022 733 12 00 ou <a href="mailto:contact@ep-ge.ch">contact@ep-ge.ch</a>
<b>Francesco Bianchi de Micheli</b>	Médecin responsable de la consultation en gynécologie psychosomatique et sexologie
<b>Jean-Pierre Cousse</b>	Psychologue clinicien Mentionné par Di Gregorio

## 8 TRAVAUX CITÉS

Agoritas, T., Kolly, V., & Perneger, T. (2006). *Satisfaction des patients hospitalisés aux HUG en 2005*. Service Qualité des Soins. Genève: Hôpitaux Universitaires de Genève.

Atkins, M. (1982). Practitioner as researcher : some techniques for analysing semi-structured data in small-scale research. *British Journal of Educational Studies* , 32 (3), 251-261.

Bachelet, R. (2007). *Recueil, analyse et traitements de données : le questionnaire*. Consulté le Mai 21, 2008, sur École Centrale de Lille: <http://rb.ec-lille.fr>

Bell, J. (1993). *Doing your research project, a guide for first-time researchers in education and social science* (éd. 2). Buckingham: Open University Press.

Berthier, N. (2006). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris: Armand Colin.

Blanchet, A., Ghiglione, R., Massonat, J., & Trognon, A. (1998). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris: Dunod.

Boynton, P. (2004). Hands-on guide to questionnaire research : administering, analysing, and reporting your questionnaire. *BMJ* , 328, 1372-1375.

Boynton, P., & Greenhalgh, T. (2004). Hand-on guide to questionnaire research : Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ* , 328, 1312-1315.

Boynton, P., Wood, G., & Greenhalgh, T. (2004). Hands-on guide to questionnaire research : reaching beyond the white middle classes. *BMJ* , 328, 1433-1436.

Chopard, P. (2008, Juin 12). Le questionnaire-patient des HUG. Méthodologie et logistique. (M. Fleury, Intervieweur)

Clare Wilson, J., & Powell, M. (2001). *A Guide to Interviewing Children : essential skills for counsellors, police, lawyers and social workers*. London: Routledge.

De Singly, F. (2005). *L'enquête et ses méthodes : Le questionnaire*. Paris: Armand Colin.

Dudas, V., Bookwalter, T., Kerr, K., & Pantilat, S. (2001). The impact of follow-up telephone calls to patients after hospitalization. *Am J Medicine* , 111 (9B), 26-30.

Duggal, S., Malkoff-Schwartz, S., Birhamer, B., Anderson, B., Matty, M., Houck, P., et al. (2000). Assessment of Life Stress in Adolescents : Self-Report versus Interview Methods. *Journal of the American Academy of Child&Adolescent Psychiatry* , 39 (4), 445-452.

Eisner, E. (1981). On the differences between scientific and artistic approaches on qualitative research. *Educational Researcher* , 5-9.

Fleury, M. (2007). *Étude rétrospective de la continuité des soins de patients de la PMU hospitalisés au CHUV*. Lausanne: Policlinique Médicale Universitaire.

Flick, U. (1998). *An introduction to qualitative research*. London: Sage Publications.

Follmer-Greenhoot, A., Ornstein, P., Gordon, B., & Baker-Ward, L. (1999). Acting Out the Details of a Pediatric Check-Up : The Impact of Interview Condition and Behavioral Style on Children's Memory Reports. *Child Development* , 70 (2), 363-380.

Greig, A., & Taylor, J. (1999). *Doing Research with Children*. London: Sage.

Jeanin, A., Meystre-Agustoni, G., & Dubois-Arber, F. (2004). Recent advances in survey research and questionnaire design. Lausanne: IUMSP.

Lopez, U., Habre, W., Laurençon, M., Haller, G., Van de Linden, M., & Iselin-Chavez, I. (2007). Intra-operative awareness in children : the value of an interview adapted to their cognitive abilities. *Anaesthesia* , 62, 778-789.

Lorenzi-Cioldi, F. (1997). *Questions de Méthodologie en Sciences Sociales*. Lausanne: Delachaux et Niestlé.

Morgan, D. (1988). *Focus Groups as Qualitative Research*. Newbury Park: Sage.

Odier Da Cruz L. (2008). Des injonctions normatives sexuées à l'égard des parents soupçonnés de maltraitance. *Work in progress Etudes Genre LIEGE* (pp. 7-11). Lausanne: UNIL.

Powell RA, S. H. (1996). Focus Groups. *International Journal for Quality in Health Care* , 8 (5), 499-504.

Rey-Bellet, S., Zürcher, M., Martin, S., Michaelis Conus, K., Rodondi, P., & Vannotti, M. (2008). Comment commencer l'entretien médical ? Réflexions sur la phase sociale à partir d'enregistrements vidéo. *Revue Médicale Suisse* , 4 (144), 418-421.

Spira, A. (2008, Juillet 18). Des pistes autour des focus group, à Genève. (M. Fleury, Intervieweur)

Stewart, D., Shamdasani, P., & Rook, D. (2007). *Focus Groups, theory and practice* (éd. 2e). Thousand Oaks: Sage.

Suter, S. (2008, Février 26). Cycle de conférence interfacultaire "Carrière académique et projet de vie". *L'importance des réseaux professionnels* . Genève.

Tyndall, A., Farpour-Lambert, N., Hans, D., Ceroni, D., Rizzoli, R., Kriemler, S., et al. (2008). Jeunes os : les ultrasons remplaceront-ils les rayons ? *Forum Médical Suisse* , 8 (21), 391-393.

Vaughn, S., Shay Schumm, J., & Sinagub, J. (1996). *Focus group interviews in education and psychology*. Thousand Oaks: Sage.

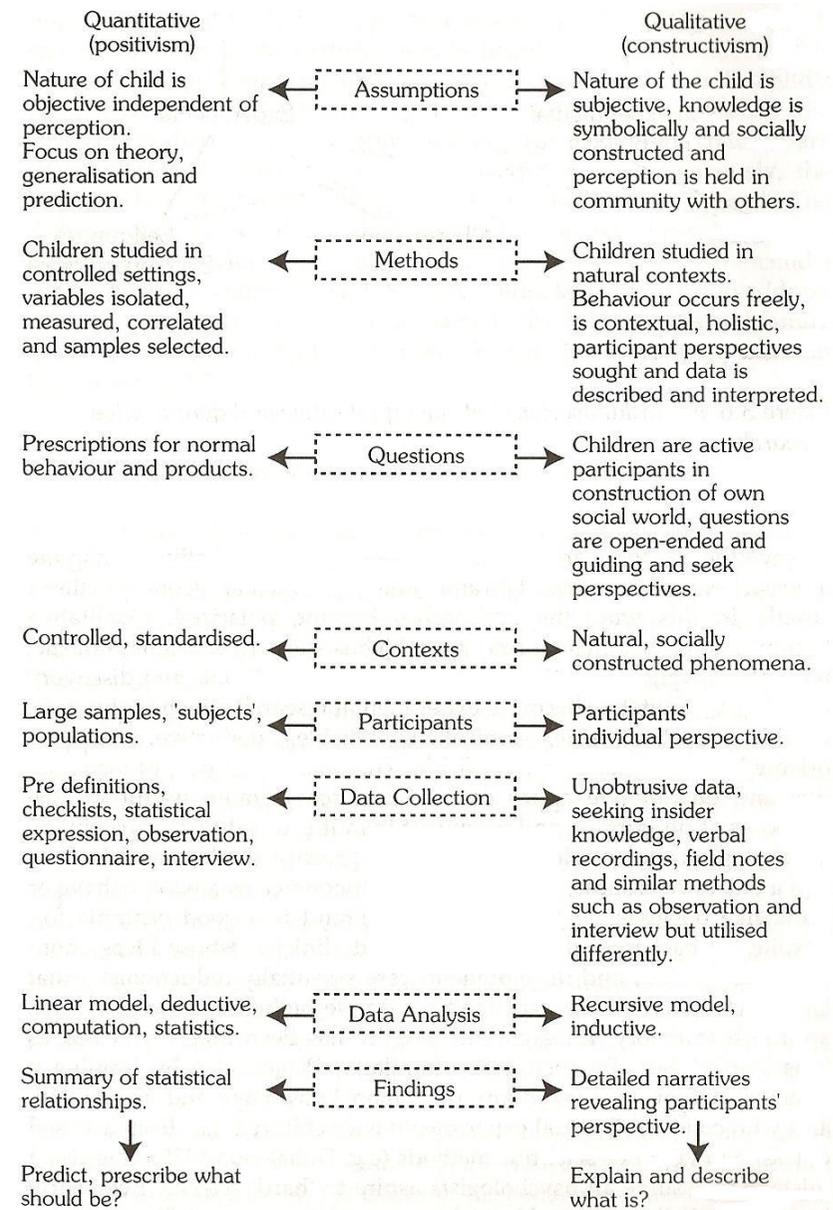
Voirol, P., Kayser, S., Chang, C., Chang, Q., & Youman, S. (2004). Impact of pharmacists' interventions on the pediatric discharge medication process. *Ann Pharmacother* , 38 (10), 1597-1602.

Waldvogel, F. (2008, Juin). Il n'existe pas d'esperanto du savoir. (V. Monnet, Intervieweur)

## ANNEXE I.

A Comparison of quantitative and qualitative frameworks for research with children

(Greig & Taylor, 1999, p. 48)



## ANNEXE II.

### Collaborateurs de l'École des parents

Bérinice Alberti: Psychologue clinicienne diplômée

Suzanne Arbenz: Ergothérapeute, conseillère en portage LANA, infirmière en pédiatrie HMP, monitrice de gym parents-enfants

Claire Auchlin: Logopédiste

Brigitte Barbu: Psychomotricienne ASTP, enseignante

Sylvie Battiston: Monitrice FSG parents-enfants

Philippe Beytrison: Psychologue FSP psychothérapeute, thérapeute de famille, psychothérapeute à la Fondation Phénix

Caty Blanc Müller: Psychomotricienne ASTP, enseignante

Niamh Blunski: Musicienne, animatrice à la Bulle d'Air

Valérie Chaumeil: Psychologue FSP et psychothérapeute, licencié en science de l'éducation (Genève) Thérapies individuelles et du couple. Consultante au cerf volant et au Cern

Valou Fraisse: Educatrice petite enfance, architecte d'intérieur, enseignante de la créativité à l'école d'éducateurs(trices) du jeune enfant

Jo Kurz-Guillot: Médiatrice familiale ASM, superviseuse ARS, animatrice socio-culturelle IES

Marie-Josée Lacasa: Psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, thérapeute de couple et de famille, intervenante au CEFOC et à la HETS, superviseuse,

spécialiste prévention violence et abus sexuel, certifiée dans la psychologie d'urgence et l'aide aux victimes

Rachel Lee Wand: Psychologue FSP, MA marriage & family therapy

Valérie Lloret: Masseuse, enseignante

Alix Micheli: Psychologue, haptopsychothérapeute, formée en accompagnement haptonomique pré- et postnatal

Suzana Mistro-Djordjevic: Animatrice, auteur du Poisson Doré

Véronique Montfort: Psychologue FSP psychothérapeute, intervenante au CEFOC, à pro juventute et à la Croix-Rouge genevoise, enseignante EEJE, certifiée Brazelton

Philip Nielsen: Psychologue psychothérapeute FSP, thérapeute de famille ASTHEFIS, superviseur MDFT, co-responsable de la consultation adolescents à la Fondation Phénix

## ANNEXE III.

### Éléments du programme 2008 – 2009 du Café des Parents

#### Prochains Cafés de Parents

Venez au Café de Parents pour parler éducation avec d'autres parents en présence de professionnels de l'Ecole des Parents.

Il a lieu au Café de la Plaine-Lune à Plainpalais, **14 bis avenue du Mail**, de 20h à 21h30. Entrée Libre.



#### 16 septembre 2008

TU CROIS  
QU'IL DORT?



**«Chut mon enfant dort!». Le sommeil de 0 à 4 ans**

Animé par Bérénice Alberti,  
Psychologue clinicienne diplômée

#### 7 octobre 2008

$\sqrt{\frac{a}{b}}$  >  $\frac{a}{b}$  ?  
 $\{LZ = ?\}$   $h\alpha\omega$  ?!



**Soutenir l'évolution scolaire de mon enfant,  
quels moyens se donner?**

Animé par Marie-José Lacasa,  
Psychologue spécialiste en psychothérapie FSP

## Notes personnelles