



1. Département de médecine générale, URF Lyon-1.

2. Département de médecine générale, université de Liège.

# À la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ?

## *Seeking a consensus: which method should be used?*

Laurent Letrilliart<sup>1</sup>, Marc Vanmeerbeek<sup>2</sup>

exercer 2011;99:170-7.

laurent.letrilliart@wanadoo.fr

### Mots-clés

Delphi

Groupe nominal

Consensus

Méthode

*Consensus methods allow answering questions for which published information is lacking. Among these qualitative methods, the Delphi procedure and the nominal group technique provide quantitative estimations. They consist in a systematised and structured synthesis, based on iterative procedures (questionnaires or meetings), and can be conducted quickly and cheaply. They integrate empirical data available with the judgment and experience of the participants, possibly including patients' representatives. These methods can limit domination effects and conflicts of interest. Examples of use are presented, especially in the field of quality of care assessment. The Delphi procedure does not require any face-to-face meeting and preserves anonymity of answers, whereas the nominal group technique offers more interactivity.*

## Introduction

Dans le domaine de la recherche médicale comme dans le cadre de la recherche sur l'organisation des soins, le recours aux méthodes de synthèse de l'information s'impose fréquemment. Lorsqu'il existe sur un sujet donné une information publiée de qualité satisfaisante, en quantité suffisante et accessible sous une forme adaptée, il est possible d'en réaliser une synthèse plus directement utilisable dans la pratique.

Dans le champ de la recherche quantitative, le type même de cette démarche est la méta-analyse, qui permet de mettre en évidence un éventuel effet lorsque les résultats des études disponibles semblent discordants, ou de fournir une estimation plus précise lorsque l'effet est indiscutable. Dans le champ de la recherche qualitative, une démarche similaire est proposée sous le terme de « méta-ethnographie ». Dans ce cas, les données disponibles ne sont pas agrégées mais comparées et interprétées afin d'en produire une synthèse claire et cohérente.

Lorsque l'information publiée est insuffisante, seule une synthèse qualitative, reposant sur la recherche d'un consensus, peut être envisagée<sup>1</sup>. Certaines méthodes de consensus permettent néanmoins de produire des estimations quantitatives à partir de cette approche qualitative<sup>2</sup> ; il s'agit principalement de la procédure Delphi<sup>3</sup>, de la technique du groupe nominal<sup>4,5</sup>, et de la méthode RAND/UCLA<sup>6</sup>. Les autres méthodes de consensus ne permettent de produire que des estimations qualitatives ; par exemple, la conférence de consensus<sup>7</sup> ainsi que d'autres méthodes apparentées (remue-ménages, entretiens collectifs)<sup>8,9</sup>.

Les méthodes de consensus décrites ici (Delphi, groupe nominal) relèvent d'une approche systématique et structurée, incluant des procédures itératives (questionnaires et/ou réunions), peuvent être conduites rapidement et sont peu coûteuses. Elles intègrent schématiquement les données empiriques disponibles ainsi que le jugement et l'expérience d'un panel de participants. Ces derniers sont habituellement des personnes représentatives de la profession, reconnues comme expertes et/ou capables de mettre en œuvre les recommandations attendues. Dans certains cas, il est utile d'inclure des représentants des patients. Le but de ces méthodes est soit d'explorer le champ de la connaissance des experts (but exploratoire), soit de mesurer (but évaluatif) et/ou de développer (but interventionnel) le consensus. Cette dernière perspective consiste à faire évoluer, quand c'est possible et « démocratiquement », l'opinion des membres d'un groupe de travail vers un consensus de groupe (experts et/ou représentants du public), en résolvant les éventuels désaccords observés<sup>1,10</sup>. Ces méthodes permettent en principe d'éviter les dominations éventuelles (effets « leader d'opinion ») et de limiter les conflits d'intérêts. La procédure Delphi respecte l'anonymat des avis émis par les participants. Une consultation de la base Medline réalisée en novembre 2010 a montré une utilisation croissante de ces méthodes au cours des dernières décennies (figure).

L'objet de cet article est de décrire les intérêts et les limites de la procédure Delphi et de la technique du groupe nominal.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.



## La procédure Delphi

L'origine du nom de la procédure Delphi remonte à l'Antiquité grecque, évoquant le mode d'interprétation et de prévision de l'oracle de Delphes. La méthode a été développée aux États-Unis après la seconde guerre mondiale par la Fondation RAND (*Research ANd Development*) à des fins de prévision technologique, principalement dans le domaine militaire (estimation des cibles nucléaires potentielles aux États-Unis) puis dans le domaine technologique et socio-économique. Elle est utilisée dans le domaine de la santé depuis la fin des années 1970, initialement dans le cadre de la recherche en soins infirmiers<sup>11</sup>.

### Caractéristiques

Il s'agit d'une procédure itérative et interactive comportant deux à quatre tours, utilisant classiquement des questionnaires structurés auto-administrés, adressés aux participants par courrier, de plus en plus fréquemment sous forme électronique. Il existe des logiciels d'aide à la conduite d'une procédure Delphi<sup>12</sup>. L'échantillonnage des participants permet idéalement de constituer un groupe d'experts « représentatifs » des connaissances et/ou des perceptions actuelles, relativement impartiaux mais intéressés et impliqués dans la problématique abordée. Ce groupe peut comporter des professionnels de santé de différentes disciplines médicales et paramédicales, des patients, des économistes, des juristes, etc. La taille du groupe est d'au minimum 15 participants et jusqu'à plus de 60 dans de nombreuses publications. L'équipe de recherche n'appartient pas au groupe de participants.

Le premier tour est ouvert et exploratoire. Il repose sur un questionnaire initial élaboré à partir de l'opinion des participants (selon leurs connaissances et/ou leur expérience, recueillies par une enquête pilote opérée par voie postale ou électronique), d'une revue de la littérature, ou de l'opinion des organisateurs. Les questions peuvent porter sur la pertinence d'une action ou d'un outil mais aussi sur des aspects contingents comme sa faisabilité ou son acceptabilité. Entre chaque tour, les organisateurs analysent et synthétisent les (ré)évaluations des participants, et les incluent dans une nouvelle version du questionnaire.

À chaque tour, chaque membre reçoit les résultats agrégés du groupe (résultats quantitatifs complétés éventuellement par les commentaires anonymisés des participants) et un rappel de sa propre réponse, et peut réévaluer son degré d'accord avec chaque assertion à la lumière de la confrontation de sa réponse avec celles de l'ensemble du groupe. Il est recommandé de fournir aux participants les raisons et arguments recueillis dans les réponses. La procédure Delphi est habituellement interrompue lorsqu'une convergence d'opinions est atteinte (consensus), en cas de stabilité des réponses entre deux tours, voire en cas de diminution du nombre de retours.

Les principaux avantages de la procédure Delphi sont le coût limité, l'absence de limitation géographique, l'anonymat (identités inconnues du groupe) ou le quasi-anonymat des participants (identités connues du groupe, mais pas les réponses individuelles), et la bonne acceptabilité des résultats (sous réserve du caractère « représentatif » du groupe). Les limites éventuelles

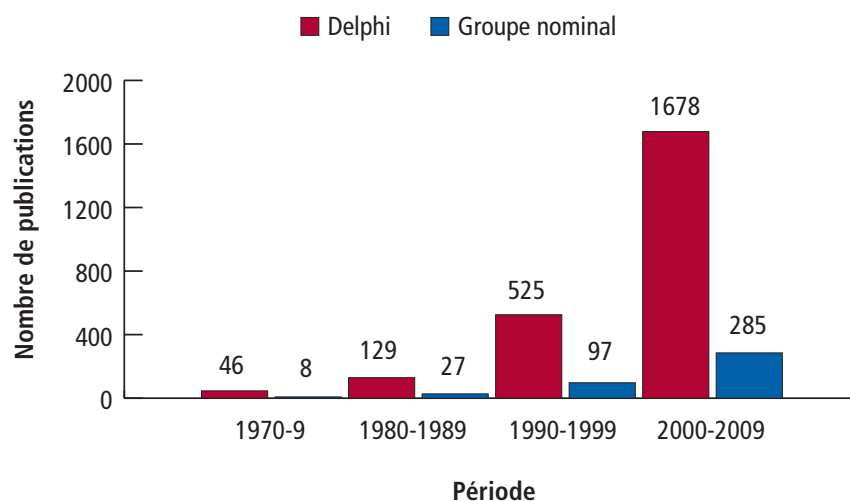


Figure. Publications référencées dans Medline, dont le titre ou le résumé comporte respectivement le terme « Delphi » ou l'expression « nominal group »



sont un possible biais de sélection (lié au processus de recrutement ou à une participation insuffisante de certains membres du groupe) et l'absence de débat entre les participants<sup>11,13</sup> (tableau 1).

En pratique, la procédure utilisée est souvent une variante de la méthode classique, ou procédure « Delphi modifiée », qui s'éloigne des conditions historiques de réalisation de la méthode. En particulier, la procédure de référence reposait sur l'élaboration des questions initiales à partir d'une revue systématique de la littérature scientifique et comportait systématiquement quatre tours. La méthode RAND/UCLA, qui inclut une réunion présentielle, peut être considérée comme une forme particulière de modification de la procédure Delphi.

### Traitement des données

La mesure du consensus inclut d'une part l'évaluation du degré d'accord individuel des participants avec les propositions considérées, mesuré typiquement à partir du recueil de l'avis de chaque participant au moyen d'une échelle numérique ou catégorique ; d'autre part, l'évaluation de l'accord global entre les participants, mesuré typiquement par des indicateurs statistiques de tendance centrale (moyenne ou médiane) et de dispersion calculés au niveau du groupe. La Fondation RAND aux États-Unis propose d'utiliser une échelle ordonnée de 1 à 9, où 1 représente l'accord le plus faible et 9 le plus élevé. Selon elle, la validité contextuelle (*face validity*) est établie lorsque le score médian de l'accord est supérieur ou égal à 7, en l'absence de désaccord. Un désaccord peut être défini comme plus de 30 % des scores individuels repartis entre 1 et 3 et plus de 30 % entre 6 et 9<sup>14</sup>. Une illustration de cette approche est présentée dans le tableau 2. Un critère plus simple

consiste à rechercher une proportion minimale d'accord global, habituellement entre 51 et 80 % (souvent 70 %), voire une simple stabilité sur plusieurs tours<sup>15</sup>. Au-delà du degré d'accord, il peut être demandé aux participants d'estimer leur niveau de confiance ou de certitude dans leurs réponses<sup>10</sup>.

### Quelques applications dans le champ de la santé

Un des contextes d'utilisation fréquents est celui de la définition d'indications de procédures médicales, notamment dans le cadre de recommandations de bonne pratique. En milieu chirurgical, une étude a fait établir par des praticiens chirurgiens et médecins, des critères consensuels d'indication d'une cholécystectomie au Royaume-Uni, sans parvenir néanmoins à un accord sur le rôle de la sphinctérotomie endoscopique<sup>16</sup>. En médecine générale, un groupe formé de généralistes et spécialistes enseignants universitaires a élaboré des critères d'évaluation de la prise en charge des consultations motivées par des plaintes abdominales chroniques. Ces critères ont ensuite été appliqués pour évaluer les pratiques<sup>17</sup>.

Une étude française a permis de développer un dossier médical détenu par les patientes atteintes d'un cancer du sein, et destiné à être partagé avec les professionnels de santé en charge de ces patientes. Le groupe de travail incluait notamment des représentantes d'associations de patients atteints de cancer, des médecins généralistes et des oncologues<sup>18</sup>.

La méthode a aussi été utilisée dans une perspective d'évaluation des pratiques médicales, auprès des médecins-conseils du système national de santé britanni-

	Delphi		Groupe nominal
Coût	±	Courriers successifs, maintenance d'un site Internet	+
Nécessité de proximité géographique	-	Possibilité de consultation large, y compris internationale	+
Interactivité des participants	-	Pas de possibilité d'échange direct	+
Effets indésirables de dynamique de groupe	-	Exclus car (quasi-) anonymat	-
Possibilité d'agréger un grand nombre de réponses	+	Nombre illimité de participants	+
Génération d'idées nouvelles	±	Sujet balisé par l'animateur	++
Facilité d'analyse des résultats	±	Obtention parfois difficile d'un consensus	++

Tableau 1. Caractéristiques comparées de la technique Delphi et de la procédure du groupe nominal



	Score personnel	Score médian	Scores entre 1 et 3 (%)	Scores entre 7 et 9 (%)	Accord	Consensus
Proposition 1	6	8	11 %	42 %	Oui	Oui
Proposition 2	3	5	24 %	37 %	Oui	Non
Proposition 3	8	7	31 %	45 %	Non	Non

Tableau 2. Exemple de retour d'information individualisé adressé aux participants dans le cadre d'une procédure Delphi, selon l'approche de la Fondation RAND

Pour une proposition donnée, le désaccord (accord = non) est défini comme une distribution comportant simultanément au moins 30 % des scores individuels compris entre 1 et 3 et 30 % compris entre 7 et 9. Le consensus est reconnu si le score médian est  $\geq 7$  et qu'il n'y a pas de désaccord. Un score médian compris entre 4 et 6 est considéré comme une réponse équivoque, et la proposition peut éventuellement être réévaluée dans un tour suivant.

que, afin de mesurer le niveau de consensus autour d'une série de critères de qualité et de minimisation des coûts. Cette étude a conduit à l'obtention d'un consensus autour d'un petit nombre de critères, majoritairement économiques et peu opérationnels en pratique<sup>19</sup>.

Cette méthode peut encore convenir pour définir le contenu et les modalités d'un enseignement post-universitaire, comme en attestent deux études britanniques réalisées auprès de médecins généralistes, et portant respectivement sur la formation continue en thérapeutique et en cancérologie<sup>20,21</sup>. Dans le cadre de la formation initiale, un groupe de travail comportant des généralistes, des dermatologues et des patients atteints d'un psoriasis chronique a permis de définir le contenu d'un programme d'enseignement sur le psoriasis destiné aux étudiants en médecine de second cycle<sup>22</sup>. La procédure Delphi peut encore permettre de développer un protocole diagnostique, comme cela a été illustré dans le cadre de la prise en charge des vertiges chez les patients âgés en médecine générale<sup>23</sup>.

Enfin, la méthode a permis d'identifier les priorités de recherche des praticiens de soins primaires australiens sur la lombalgie, dans le cadre d'un groupe de travail incluant des médecins généralistes, des kinésithérapeutes et des chiropracteurs<sup>24</sup>.

## La technique du groupe nominal

La technique du groupe nominal sert à la fois à produire de la connaissance (mode exploratoire) et à formaliser un consensus. Elle a été introduite dans le champ de la santé publique au début des années 1970 comme un processus pilote destiné à préparer des enquêtes plus traditionnelles à partir de questionnaires ou d'entretiens<sup>5</sup>. En effet, il est nécessaire de bien comprendre toutes les dimensions du problème à explorer, telles qu'elles sont perçues par les principaux intéressés (patients ou professionnels), avant de pouvoir formuler une question de recherche. Les groupes cibles doivent pouvoir

rapporter, dans un climat de confiance, les difficultés éventuelles relatives au problème exploré.

Les acteurs à interroger peuvent appartenir à différents groupes dont les avis ne sont pas forcément convergents : hommes/femmes, catégories d'âge différentes, professions ayant à collaborer dans certaines situations cliniques (par exemple, médecins et paramédicaux), patients et professionnels de santé, planificateurs de santé publique et praticiens de terrain, etc. La procédure, très structurée, favorise l'expression individuelle et limite les effets pervers de dynamique de groupe<sup>4</sup>. Elle conduit à un vote, qui permet une hiérarchisation et une priorisation des réponses de chaque groupe. Des variantes de la technique initiale ont vu le jour, surtout dans la recherche de consensus, de façon à en simplifier l'organisation, à augmenter le degré d'éveil des participants à la question de recherche (par exemple en adressant une question par écrit avant la réunion du groupe) ou à proposer une variété de choix à hiérarchiser<sup>5,25</sup>.

## Caractéristiques

Un groupe nominal regroupe de six à dix participants, « experts » de la question à traiter. L'expertise est ici définie comme résultant de l'expérience de la situation à investiguer. Si plusieurs points de vue doivent être représentés, il faut constituer des groupes homogènes selon les critères de recrutement définis pour l'étude (par exemple, des groupes de patients et des groupes de professionnels). Le nombre de groupes doit être suffisant pour assurer la saturation du contenu et la représentation des différents points de vue complémentaires. Le fonctionnement du groupe est standardisé (tableau 3).

La rédaction de l'unique question demande un soin particulier pour susciter l'expression des participants sur toutes les facettes du problème qui intéressent les chercheurs, et uniquement sur celles-ci. Un prétest de la question, en dehors de toute discussion, est utile. Dans les groupes cherchant spécifiquement le consensus, c'est parfois une liste de propositions préétablie à



© iStockphoto

partir d'une phase préparatoire de la recherche (revue de la littérature, remue-méninges, entretiens collectifs) qui est soumise au vote<sup>26-29</sup>. Les réponses ne doivent pas nécessairement être réalistes, dans la mesure où les sentiments, la subjectivité des avis sont également recherchés. Cette première étape est parfois réalisée par correspondance<sup>10,26</sup>.

Certains auteurs enregistrent l'étape de clarification et l'analysent qualitativement pour compléter les résultats de recherche<sup>30</sup>. Si l'objectif principal du groupe nominal est d'établir un consensus, un second tour de vote doit être organisé pour resserrer le consensus. Parfois, la discussion sert à reformuler des propositions établies dans une phase de recherche antérieure<sup>26</sup>. Certains auteurs ont organisé la discussion par téléconférence et le vote final par courrier électronique<sup>31</sup>. L'ensemble de la procédure classique dure de 90 à 120 minutes (au maximum).

Une variante du groupe nominal<sup>32</sup> est connue sous le nom de MétaPlan<sup>®</sup>. Elle consiste à inscrire les différentes réponses sur des cartes en papier de différentes formes et couleurs selon les arguments présentés, qui sont affichées sur le tableau. L'animateur et le groupe cherchent à regrouper les cartes par thème pour constituer des

synthèses. Le résultat est plus visuel, mais cette approche demande une grande expertise de l'animateur pour gérer en direct ce travail de regroupement thématique. Cette variante de la méthode est peu utilisée dans les travaux scientifiques.

### Traitement des données

Pour chaque groupe, deux classements peuvent être établis. Le principal résulte du nombre de points attribués aux propositions, correspondant à la priorité. Un classement secondaire peut être établi selon le nombre de votes exprimés pour chaque proposition, correspondant à la popularité<sup>33</sup>. Ces deux classements sont ou non superposables, et il peut être intéressant d'analyser les éventuelles différences (priorité forte mais soutenue par une minorité de votants, par exemple).

La technique du groupe nominal modifié utilise les valeurs des cotations individuelles des propositions soumises au vote pour en calculer la moyenne et l'écart type. Parfois, les items générés par le groupe sont soumis à un vote portant sur une ou deux questions précises au moyen d'une échelle (ordinaire) de Likert. Il est alors possible de définir des intervalles numériques d'atteinte ou non du consensus, lâche ou stricte selon l'étendue de la variance (par ex. de 1 à 3, rejet du consensus ; de 4 à 6, ambiguïté ; de 7 à 10, consensus)<sup>10,26</sup>.

Indépendamment de leur ordre de priorité, les réponses des participants constituent un matériau brut qui peut être soumis à une analyse qualitative. Les propositions peuvent être regroupées en catégories et sous-catégories au cours d'un processus inductif conduit par l'équipe de recherche. Les catégories résultant de l'analyse qualitative sont finalement classifiées et priorisées, chaque proposition gardant tout au long du processus le poids relatif qui résulte du vote du groupe qui l'a émise<sup>33</sup>.

### Quelques applications dans le champ de la santé

Les deux types d'utilisations – recherche du consensus et analyse exploratoire – se retrouvent dans la littérature. La technique modifiée (à des degrés variables) est beaucoup plus utilisée dans les études où c'est le consensus et la décision qui sont les objectifs.

La constitution de groupes nominaux de femmes ayant allaité dans des conditions difficiles et de cliniciens a permis d'identifier les facteurs psychologiques qui influencent la durée de l'allaitement<sup>30</sup>. Des enseignants de médecine générale belges et néerlandais ont défini un programme de recherche sur l'intuition du médecin confronté à des problèmes cliniques mal définis (*gut feelings*)<sup>34</sup>. Dans la pratique des généralistes, les obstacles à l'utilisation du dossier médical électronique ont été investigués sur le mode de la recherche d'un consensus<sup>35</sup>.



Étapes	Méthode	Objectifs
Énoncé de la question	L'animateur situe le contexte de la recherche, énonce les règles de fonctionnement du groupe, puis lit la question	Mise en situation des participants
Réponses à la question	Chaque participant note toutes ses propositions par écrit et en silence	Production d'un grand nombre de propositions pertinentes
Énoncé des réponses	Tours de table itératifs où chaque participant ne donne qu'une seule proposition à la fois. L'animateur vérifie que chaque proposition ne contient qu'une seule idée	Visualisation par le groupe des propositions (numérotées) au tableau
Clarification	L'animateur a une vue d'ensemble des propositions et veille à faire séparer distinctement par le groupe les propositions différentes et regrouper les propositions similaires. Des reformulations sont souvent nécessaires	Formulation univoque de chaque proposition par le groupe
Vote individuel	Vote écrit et anonyme. Classement dégressif d'un nombre prédéfini de propositions (de 5 à 10)	Hierarchisation des propositions du groupe
Compilation des résultats	Noter et totaliser les points obtenus par chaque proposition au tableau. Noter la fréquence des votes.	Production du résultat. Restitution aux participants.

Tableau 3. Fonctionnement classique du groupe nominal

En Suisse, la méthode a été utilisée avec des professionnels pour juger de la variabilité, de la faisabilité et de la pertinence des indicateurs de qualité des soins à domicile<sup>29</sup>. Une étude a servi à faire établir par des directeurs de recherche une liste d'indicateurs de la capacité de recherche au sein des organisations anglaises de soins primaires<sup>26</sup>. La technique a servi à développer et à valider des recommandations de bonne pratique ou de la prise en charge de l'anaphylaxie en soins primaires<sup>36</sup>.

### Le consensus est-il valide ?

La procédure Delphi et la technique du groupe nominal ont l'avantage d'être très productives tout en restant économes en temps. Les experts réalisent une partie du travail d'analyse habituel du chercheur, ce qui ne dispense pas ce dernier de compléter la méthode de consensus par d'autres approches (bibliographie, enquête de terrain, mesures quantitatives). Les techniques décrites ici, utilisées en mode exploratoire, ont été validées sous réserve du choix éclairé des questions explorées, de la sélection des experts interrogés et des modalités de recueil des données. À défaut, la recherche de consensus pourrait être accusée de ne produire que le plus petit commun dénominateur entre les participants. Les points qui doivent retenir l'attention des chercheurs ont été identifiés il y a déjà plusieurs années par différents auteurs, et leurs conclusions restent d'actualité<sup>1,10,31</sup>.

Le choix d'une des techniques décrites ici n'est valide qu'en fonction de la disponibilité ou non d'autres sources de données. Des décisions importantes en matière de soins ou de conduite de recherches ultérieures ne peuvent être prises que si la confiance envers le jugement et l'expérience des experts est suffisante et com-

binée aux données disponibles. Selon les principes de la médecine factuelle, un consensus validé par un groupe a un niveau de preuve supérieur à l'avis d'un expert isolé. La structuration des procédures décrites garantit la pondération des avis. La saturation des résultats est obtenue si le recrutement est suffisant, comme avec les autres méthodes de recherche qualitative<sup>9</sup>.

Le choix des participants détermine la qualité des résultats<sup>37</sup>. Pour les experts professionnels, cela signifie que leur avis et leur légitimité sur la question de recherche doivent être reconnus. Pour les patients, cela suppose une capacité suffisante d'idéation et de verbalisation. Dans tous les cas, les chercheurs doivent bien connaître la problématique pour garantir une variété suffisante des points de vue lors du recrutement. Le choix de l'animateur en réunion présenteielle détermine aussi la qualité et la validité des résultats. Il doit avoir des compétences en animation de groupe pour canaliser les échanges entre des participants que leur passion pour le sujet peut amener à enflammer le débat ou à s'écarter de l'objectif de travail.

La qualité des résultats dépend largement de la (des) question(s) initiale(s) posée(s) aux groupes. La formulation doit parfaitement correspondre à l'objectif de recherche, permettre d'évoquer tous les aspects de la question tout en restant concis, et être adaptée aux caractéristiques du groupe interrogé (diversité des niveaux de formation, des situations culturelles ou sociales). Une modification mineure de formulation peut parfois orienter les participants vers une fausse piste, réduisant la pertinence des résultats<sup>38</sup>.

Le niveau, les limites ou le type de consensus recherché doivent être bien définis à l'avance. Selon le contexte, l'opinion majoritaire suffit ou au contraire le consensus n'est acceptable qu'au-delà d'un seuil prédéfini. Les réponses « minoritaires » (quartiles extrêmes de



la procédure Delphi, propositions ne recueillant pas ou peu de votes ou éliminées au second tour d'un groupe nominal) doivent être prises en compte dans l'analyse des résultats. Il peut être utile de demander des justifications ou des avis complémentaires à leurs auteurs. Dans une analyse qualitative du produit de la recherche, ces avis apportent un éclairage qu'il serait dommage de négliger. Ils peuvent amener à formuler des précautions d'usage dans les recommandations issues des méthodes de consensus<sup>25</sup>.

## Conclusion

Les méthodes de consensus doivent être utilisées avec précaution et rigueur. Les connaissances, décisions et recommandations qui en sont issues correspondent à

des opinions d'experts et sont destinées *a priori* à être intégrées dans un processus continu de recherche et d'évaluation. Au fur et à mesure de l'évolution des connaissances et des pratiques, elles doivent être critiquées et réévaluées. Ce n'est que dans cette délicate alchimie que se réalise la transmutation du plomb (la matière première issue du processus) en or de nouvelles découvertes et opportunités de résolution de problèmes<sup>39</sup>. La procédure Delphi a l'avantage de ne pas nécessiter de réunion physique et de préserver l'anonymat, alors que la technique du groupe nominal offre davantage d'interactivité.

### Remerciements

Cet article a été développé dans les suites d'une formation organisée lors des journées du GROUM.F en mars 2010 à Lille. Nous remercions notamment Isabelle Aubin-Auger et Alain Mercier pour leur relecture du manuscrit.

## Résumé

*Les méthodes de recherche de consensus permettent de répondre à des questions pour lesquelles l'information publiée est insuffisante. Ces méthodes sont fondées sur une approche qualitative. Parmi elles, certaines produisent néanmoins des estimations quantitatives, principalement la procédure Delphi et la technique du groupe nominal.*

*Ces deux méthodes de consensus relèvent d'une synthèse systématique et structurée à partir de procédures itératives (questionnaires et/ou réunions), peuvent être conduites rapidement et sont peu coûteuses. Elles intègrent les données empiriques disponibles ainsi que le jugement et l'expérience d'un panel de participants. Dans certains cas, il est utile d'inclure des représentants des patients. Ces méthodes permettent en principe d'éviter les dominations éventuelles (effets « leader d'opinion ») et de limiter les conflits d'intérêts. Des exemples d'utilisation sont présentés, notamment dans le champ de l'évaluation de la qualité de soins.*

*La procédure Delphi a l'avantage de ne pas nécessiter de réunion physique et de préserver l'anonymat des réponses, alors que la technique du groupe nominal offre davantage d'interactivité.*

## Références

1. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health* 1984;74:979-83.
2. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *exercer* 2008;84:142-5.
3. Adler M, Ziglio E, editors. *Gazing into the oracle: the Delphi method and its application to social policy and public health*. London: Jessica Kingsley, 1996.
4. Gallagher M, Hares T, Spencer J, Bradshaw C, Webb I. The nominal group technique: a research tool for general practice? *Fam Pract* 1993;10:76-81.
5. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Public Health* 1972;62:337-42.
6. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, et al., editors. *The Rand/UCLA appropriateness method user's manual*. Santa Monica: RAND, 2001.
7. Les conférences de consensus. Base méthodologique pour leur réalisation en France. Paris: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 1999.
8. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittee J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d'« Acteur » à « Interdépendance ». *exercer* 2009;87:74-9.
9. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittee J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie : de « Maladie » à « Verbatim ». *exercer* 2009;88:106-12.
10. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995;311:376-80.
11. Keeney S, Hasson F, McKenna HP. A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *Int J Nurs Stud* 2001;38:195-200.
12. Erpicum M, Rieppi S. MESYDEL. Liège: SPIRAL. <http://www.mesydel.com>.
13. Williams PL, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. *J Adv Nurs* 1994;19:180-6.
14. Campbell SM, Cantrill JA. Consensus methods in prescribing research. *J Clin Pharm Ther* 2001;26:5-14.
15. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs* 2000;32:1008-15.



16. Scott EA, Black N. Appropriateness of cholecystectomy in the United Kingdom. A consensus panel approach. *Gut* 1991;32:1066-70.
17. van Berkestijn LG, Kastein MR, Lodder A, de Melker RA, Bartelink ML. How do we compare with our colleagues? Quality of general practitioner performance in consultations for non-acute abdominal complaints. *Int J Qual Health Care* 1999;11:475-86.
18. Letriliart L, Milliat-Guittard L, Romestaing P, Schott AM, Berthou N, Colin C. Building a shared patient record for breast cancer management: a French Delphi study. *Eur J Cancer Care* 2009;18:131-9.
19. Campbell SM, Cantrill JA, Roberts D. Prescribing indicators for UK general practice: Delphi consultation study. *BMJ* 2000;321:425-8.
20. Boath E, Mucklow J, Black P. Consulting the oracle: a Delphi study to determine the content of a postgraduate distance learning course in therapeutics. *Br J Clin Pharmacol* 1997;43:643-7.
21. Broomfield D, Humphris GM. Using the Delphi technique to identify the cancer education requirements of general practitioners. *Med Educ* 2001;35:928-37.
22. Alahafi A, Burge S. What should undergraduate medical students know about psoriasis? Involving patients in curriculum development: modified Delphi technique. *BMJ* 2005;330:633-6.
23. Maarsingh OR, Dros J, van Weert HC, Schellevis FG, Bindels PJ, van der Horst HE. Development of a diagnostic protocol for dizziness in elderly patients in general practice: a Delphi procedure. *BMC Fam Pract* 2009;10:12.
24. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Das A, McAuley JH. Low back pain research priorities: a survey of primary care practitioners. *BMC Fam Pract* 2007;8:40.
25. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess* 1998;2:i-iv,1-88.
26. Sarre G, Cooke J. Developing indicators for measuring research capacity development in primary care organisations: a consensus approach using a nominal group technique. *Health Soc Care Community* 2009;17:244-53.
27. Graffy J, Grant J, Boase S, et al. UK research staff perspectives on improving recruitment and retention to primary care research; nominal group exercise. *Fam Pract* 2009;26:48-55.
28. Ibargoyen-Roteta N, Gutierrez-Ibarluzea I, Asua J. Guiding the process of health technology disinvestment. *Health Policy* 2010.
29. Burla L, Schaffert R, Mylaeus M, Ruesch P. Developing and testing quality indicators of home care in Switzerland. *Gesundheitswesen* 2010;72:106-13.
30. O'Brien ML, Buikstra E, Fallon T, Hegney D. Strategies for success: a toolbox of coping strategies used by breastfeeding women. *J Clin Nurs* 2009;18:1574-82.
31. Black N, Murphy M, Lamping D, et al. Consensus development methods: a review of best practice in creating clinical guidelines. *J Health Serv Res Pol* 1999;4:236-48.
32. Metaplan®: Metaplan Thomas Schnelle GmbH, 2000. <http://www.metaplan.com>.
33. Vanmeerbeek M, Duchesnes C, Massart V, Belche J, Denoël P, Giet D. Pluridisciplinarité, continuité et qualité des soins en 1<sup>re</sup> ligne : quelles attentes des professionnels ? Liège: GLS, 2009:102. <http://www.gls-sisd.be/documents/documents/GLS-rapportDEFINITIF.pdf>.
34. Stolper E, van Leeuwen Y, van Royen P, et al. Establishing a European research agenda on 'gut feelings' in general practice. A qualitative study using the nominal group technique. *Eur J Gen Pract* 2010;16:75-9.
35. Vanmeerbeek M. Exploitation of electronic medical records data in primary health care. Resistances and solutions. Study in eight Walloon health care centres. *Stud Health Technol Inform* 2004;110:42-8.
36. Waserman S, Chad Z, Francoeur MJ, et al. Management of anaphylaxis in primary care: Canadian expert consensus recommendations. *Allergy* 2010;65:1082-92.
37. Campbell SM, Hann M, Roland MO, Quayle JA, Shekelle PG. The effect of panel membership and feedback on ratings in a two-round Delphi survey: results of a randomised controlled trial. *Medical Care* 1999;37:964-8.
38. Buetow SA, Coster GD. New Zealand and United Kingdom experiences with the RAND modified Delphi approach to producing angina and heart failure criteria for quality assessment in general practice. *Qual Health Care* 2000;9:222-31.
39. Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH, editors. Group techniques for program planning: A guide to nominal group and Delphi processes. Glenview, Ill.: Scott, Foresman, 1975.