

Réalisation et diffusion: Infor Santé, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles. Tél.: 02/237.48.53. Fax : 02/237.33.00 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Rédacteur en chef : Jacques Henkinbrant.

Secrétaire de rédaction : Christian De Bock.

Secrétaire de rédaction adjoint : Roger Swinnen.

Documentation, abonnements : Maryse Van Audenhaege.

Stagiaire: Jean-François Huget

Comité de rédaction : Christian De Bock, Alain Deccache, Michel Demarteau, Jacques Henkinbrant, Vincent Magos, Jean-Louis Pestiaux, Danielle Piette, Roger Swinnen, Thierry Poucet, Patrick Tréfois.

Editeur Responsable : Jean Hallet.

Maquette : Philippe Maréchal.

Composition : P&E.

Photogravure et impression : Economat ANMC.

Diffusion : 2.100 exemplaires.

ISSN : 0776 - 2623.

Les articles publiés par Education Santé n'engagent que leurs auteurs. La revue n'accepte pas de publicité.

Pour tous renseignements complémentaires : Education Santé, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, tél.: 02/237.48.53.

La revue Education Santé est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique - Département de la Santé. Elle est publiée dans le cadre de la Cellule de coordination intermutualiste - Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes / Union Nationale des Mutualités Socialistes.



EDUCATION SANTÉ

UN OUTIL AU SERVICE DES INTERVENANTS EN EDUCATION
POUR LA SANTE DANS LA COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE

Mensuel gratuit (ne paraît pas en juillet et en août) 47
AVRIL 1990
ISSN 0776-2623

UN NUMERO TRES MATERNEL!

REFLEXIONS

L'éducation pour la santé en maternité
A. Deccache, A. Malice, P. Feron

p.3

INITIATIVES

Infor-Naissance, Infor-Allaitement

p.7

Méthodes au service de l'éducation pour la santé - APES
7. L'enquête par questionnaire, une méthode de collecte de données
M. Hap

MATERIEL

Et après la maternité...

p.29

LU POUR VOUS

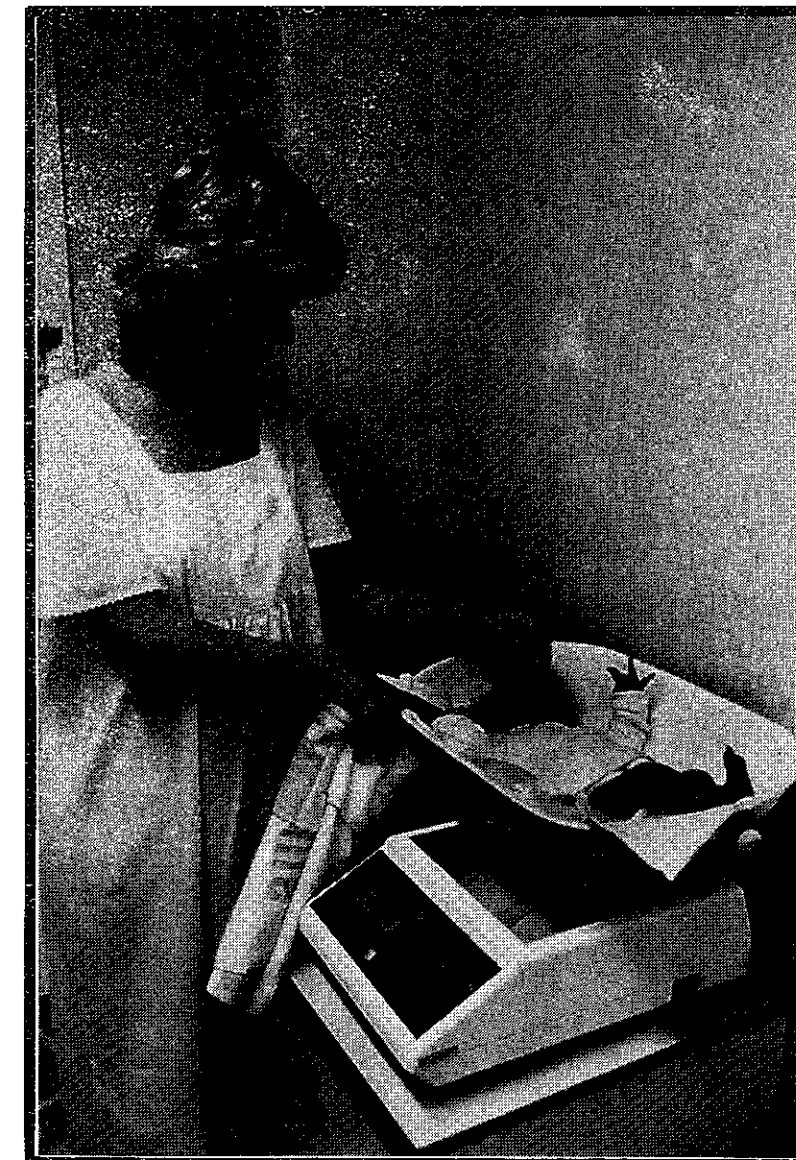
Nourritures, Autrement



p.31

Attention! Ce numéro contient une fiche signalétique que vous devez nous renvoyer si vous souhaitez continuer à recevoir Education Santé

Marc Deville/Photo News



Enquête par questionnaire, théorie et pratique...

La collection "Méthodes au service de l'éducation pour la santé" de l'APES s'enrichit ce mois-ci d'une nouvelle brochure consacrée à l'enquête par questionnaire.

Par un pur hasard, nous vous invitons justement ce mois-ci à contribuer activement à l'amélioration de notre revue en complétant le questionnaire d'évaluation qui y est inséré.

Nous espérons que vous ne trouverez pas trop large l'inévitable fossé qui sépare la théorie de la pratique...

Depuis janvier 1989, la parution d'Education Santé est devenue mensuelle et son abonnement est devenu gratuit. L'avantage pour le lecteur est évident. Quant à nous, nous y trouvons au moins aussi un avantage: le travail de gestion des abonnements est réduit.

En revanche, cela nous prive d'un élément d'évaluation sommaire, mais cependant rigoureux. On n'y échappe pas: peu de gens paieront pour une revue qui ne les intéresse pas. En corollaire, on peut craindre que la gratuité entraîne un certain gaspillage: si c'est gratuit, pourquoi se désabonner, même si on ne lit pas la revue?

C'est pourquoi nous vous demandons aujourd'hui de renouveler votre abonnement de façon explicite, en nous renvoyant au moins la fiche signalétique, complétée d'un minimum d'éléments d'identification.

Attention, les non-réponses seront considérées comme un désabonnement. Pour continuer à recevoir Education-Santé, vous devez nous retourner ce document.

Cependant, vous nous feriez plaisir en nous renvoyant aussi le questionnaire complété. Cela ne devrait pas vous prendre plus d'un quart d'heure et nous sera d'un grand secours dans les prochains mois.

Nous avons en outre l'intention de compléter cette enquête par questionnaire au moyen d'un certain nombre d'interviews téléphoniques. Merci d'avance aux personnes que nous dérangerons et qui accepteront de répondre aux questions de notre enquêtrice! ■

A l'occasion de son X^{ème} anniversaire 1979 - 1989,
Le Centre d'Education du Patient ASBL organise un

CONGRES INTERNATIONAL D'EDUCATION DU PATIENT Les 4, 5, 6 octobre 1990, à Namur, Belgique.

Le congrès "Efficacité de l'Education du Patient" se compose de trois manifestations:

Deux séminaires résidentiels d'échanges et de réflexion:

- Séminaire A : " Formation à l'Education du Patient : l'offre et la demande" (4 et 5/10/90) (Max. 30 personnes)
- Séminaire B : " Adhésion du patient aux prescriptions : Que peut l'Education du Patient ?" (4 et 5/10/90), (Max. 30 personnes)

Le VII^{ème} Colloque du Centre d'Education du Patient

"10 ans d'Education du Patient" (Samedi 6/10/90) , Namur
durant lequel se tiendra:

Un "Festival de l'Outil Educatif", audio-visuel et scriptographique

Demande d'information Mr. A Deccache "CONGRES 90"
et préservation à renvoyer à : Centre d'Education du Patient ASBL
1, Av Thérasse 5180 YVOIR B-BELGIUM
Tél: 32-81-42.22.08 Fax: 32-81-42.25.49

Mr/Mme.....
Fonction assurée.....Formation.....
Institution.....
Adresse.....
Code postal.....Téléphone.....Fax.....

- Souhaite participer au colloque du 6/10/90 et demande inscriptions.
- Souhaite participer au(x) séminaire(s) A B
du 4/10/90 et demande son inscription (Sous réserve d'accord)
- Est intéressé(e) par le congrès et désire être tenu(e) au courant de son organisation.
- Est d'accord de faire connaître le congrès et souhaite recevoir affiches et documents
d'information.
- Souhaite participer au "festival de l'outil éducatif" et réserve une inscription pour
VIDEO DIAPORAMA BROCHURE AUTRE

N.B : Séminaire résidentiel (2 jours) : Inscription : 800Fb (logement et repas à charge des organisateurs)
Colloque et festival : 1000 Fb (700Fb Abonnés BEP, membres du CIEP, étudiants)
Festival : Participants, par outil présenté: 250 Fb
L'inscription ne sera considérée comme définitive qu'après réception du paiement au compte bancaire
COB 796-5303234-18 du Centre d'Education du Patient, mention " Congrès 90 "

MATÉRIEL

ALIMENTATION

- Sportons-nous bien!, Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition, Liège, 1989, 38p., 120FB, brochure, ali41
- DEJARDIN M., LEFEBVRE C., GUILLAUME M., Tom à la ferme ou Apprendre à bien manger à l'école primaire, Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition, Liège, 1989, brochure, ali42
- BAIJOT C., DEJARDIN M., GUILLAUME M., MARTIN F., Tom à la ferme, ou Apprendre à bien manger à l'école primaire, Institut Communautaire de l'Alimentation et de la Nutrition, Liège, 1989, 59p., brochure / fiches pédagogiques, ali43

CANCER

- Du soleil plein la vie! Soleil et prévention du cancer, Oeuvre Belge du Cancer, Bruxelles, 1989, 19p., brochure, pca29
- Le dépistage du cancer, Infor Santé ANMC / Centre des Tumeurs UCL, Bruxelles, 1990, affichette, pca30
- Le dépistage du cancer, Infor Santé ANMC / Centre des Tumeurs UCL, Bruxelles, 1990, dépliant, pca31

MALADIE RESPIRATOIRE

- La toux, Office des Pharmacies Coopératives de Belgique, Bruxelles, 1989, dépliant, par06
- Toux, Office des Pharmacies Coopératives de Belgique, Bruxelles, 1989, brochure, par07

STRESS

- Stress, Question Santé, Bruxelles, n°75, 01/1990, fiche

TABAGISME

- Vivre à pleins poumons. Tabac et prévention du cancer, Oeuvre Belge du Cancer, Bruxelles, 1989, 15p., brochure, ast32

TROISIEME AGE

- Quelques conseils pour préparer votre seconde jeunesse, Ville de Mouscron, 1990, brochure, vit10

LIVRES

ACCIDENT DOMESTIQUE

- DU BLED N., FAUCHET F., MONTULET I., Prudence, j'y pense. Cahier pédagogique. Prévention des accidents domestiques à l'usage du cycle maternel, Mouvement Coopératif Féminin, Bruxelles, 1990, 46p., 50FB, acd11
- DU BLED N., FAUCHET F., MONTULET I., dessins HEILPORN S., Les aventures de Gully Patatras, Mouvement Coopératif Féminin, Bruxelles, Eds. Labor, 1990, 55p., 395FB, acd12

ALIMENTATION

- MONGEOT J., 350 recettes et menus à base de produits allégés, Paris, Eds. Jacques Grancher, 1989, 237p., 120FF, ali97
- SAUSSEZ M., L'éducation nutritionnelle en sixième primaire - création de fiches pédagogiques, Institut d'Enseignement Supérieur Paramédical section diététique, Irchonwelz-lez-Ath, 1989, mémoire, ali98
- SAUSSEZ M., L'éducation nutritionnelle en sixième primaire - création de fiches pédagogiques (Annexes), Institut d'Enseignement Supérieur Paramédical section diététique, Irchonwelz-lez-Ath, 1989, ali98bis
- SONCK K., Le light. Nouveau phénomène de santé, Institut d'Enseignement Supérieur Paramédical section diététique, Irchonwelz-lez-Ath, 1989, mémoire, ali99

EDUCATION DU PATIENT

- DECCACHE A., LAVENDHOMME E., Information et éducation du patient, Bruxelles, Eds. De Boeck Université, 1989, (Savoirs et Santé), 239p., sep06

FORMATION/ COMMUNICATION

- BOESPFLUG F., PRIGENT P., PUISSANT S., et al., La rue et l'image, Paris, Eds. du Cerf, Le Supplément, n°171, 12/1989, 206p., 54FF, revue, for101

- Répertoire de l'Information 1990, INBEL, Bruxelles, 1989, 167p., 150FB, répertoire, for102
- RINGLET G., et al., Guide des Médias (1), Bruxelles, Eds. Kluwer, 1989, for103

MALADIE INFECTIEUSE

- Sida 1989. L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine en pratique médicale quotidienne, UNIFORMEC / AIDES, Paris, 1989, 192p., pin21
- Mémento sida, Infor Sida, Bruxelles, 1990, 1700FB, pin22

POLITIQUE DE SANTE

- L'évaluation des actions de santé dans les pays en développement, Institut Santé et Développement Université Paris VI, Paris, 1989, (Les Cahiers de l'Institut Santé et Développement, n°2), 125p., exposés, pol37

PSYCHOLOGIE

- Guide pratique de la mémoire, Paris, Eds. Bayard Presse, 1989, (Guides pratiques de Notre Temps), Notre Temps, 144p., 395FB, psy16

SOMMEIL

- ADANT G., Place de l'éducation pour la santé dans les troubles chroniques du sommeil chez les personnes âgées, Faculté de Médecine UCL Licence en Sciences Hospitalières, orientation Education pour la Santé, Bruxelles, 1989, 85p., mémoire, smr20

TROISIEME AGE

- ASIEL M., BEAUCHESNE M.-N., CARPET J., et al., Statistiques et vieilles dentelles. Regards sur les jeux du temps et de la santé (volume I), GERM, Bruxelles, Les Cahiers du Germ, n°207, 04/1988, 109p., 250FB, vit26
- BAUHERZ G., DEFLEUR J., DELIZEE R., et al., Statistiques et vieilles dentelles. Regards sur les jeux du temps et de la santé (volume II), GERM, Bruxelles, Les Cahiers du Germ, n°208, 01/1989, 78p., 250FB, vit27

L'éducation pour la santé en maternité

Analysér la situation de l'éducation pour la santé en matière de périnatalité, tel est le but d'une enquête réalisée par le Centre d'Education du Patient, en août 1989. En décrivant la manière dont soignants et éducateurs sanitaires voient leurs actions en maternité, cet article constitue une importante source d'information pour tous ceux qui désirent améliorer leurs projets... ou plus simplement réfléchir à leur démarche.

Pourquoi cette enquête ?

L'enquête avait pour but de décrire la situation de l'éducation pour la santé (Eps) en matière de périnatalité, dans les maternités de la Communauté Française de Belgique (C.F.B.). Plus précisément, il s'agissait dans un premier temps d'analyser les perceptions que le personnel soignant, en maternité, a :

- de l'utilité, la faisabilité de l'éducation pour la santé,
- de l'efficacité de ce qui existe actuellement,
- des méthodes et moyens mis en oeuvre pour la réalisation d'actions d'éducation pour la santé.

Dans un deuxième temps, nous souhaitions évaluer l'efficacité apparente de l'éducation pour la santé en maternité, par une comparaison entre la situation actuelle et les recommandations et principes généraux d'éducation pour la santé, issues des recherches et expériences des dernières années.

Enfin, nous espérons pouvoir tirer des résultats obtenus, des indications utiles à l'amélioration des actions d'éducation pour la santé.

Méthodologie et déroulement de l'enquête :

Compte tenu de l'objectif poursuivi, c'est-à-dire décrire la situation de l'éducation pour la santé en maternité, et des contraintes budgétaires et temporelles, nous avons opté pour une enquête par questionnaire, à questions à choix multiple (QCM) complétées lorsque nécessaire par des questions à réponses ouvertes courtes (QROC). L'enquête revêt un caractère exploratoire et descriptif, en raison de nos questions de départ : «Comment se passe l'éducation pour la santé dans les maternités ? Les démarches utilisées concordent-elles avec les principes et méthodes actuels de l'éducation pour la santé ?» Partant de ces «questions», nous avons conçu un questionnaire en trois parties : Utilité-faisabilité, pratique et méthodes, effets et efficacité, portant sur chacun des «moments» concernés : pendant la grossesse, en maternité, à domicile.

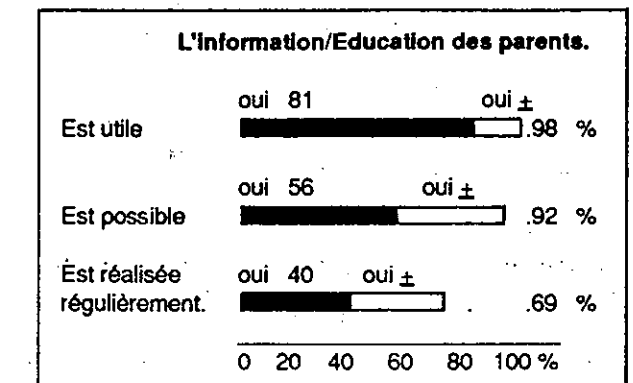
Le questionnaire comprend 60 questions (20 pour chaque moment), et a été conçu pour être complété en 15 minutes. Les 74 maternités et services de maternité de la

Communauté française de Belgique ont été contactées par courrier en août 1989. 10 maternités avaient fait l'objet de fusions récentes. La population de l'enquête s'élève donc à 64 institutions-équipes. Grâce à une procédure de rappel, 39 questionnaires ont été reçus complétés, dans un délai de 3 semaines. Le taux de réponse est de 61 %. Très acceptable pour une enquête postale, ce taux ne garantit pas la représentativité de l'échantillon, et nécessite toutes les précautions d'usage pour l'interprétation des résultats.

Résultats

Perceptions de l'éducation pour la santé en maternité : de l'utile au possible...

Trois questions permettent d'approcher l'image que les soignants ont de l'éducation pour la santé; elles portent sur la perception de l'utilité (a priori), la faisabilité et la pratique dans l'institution.

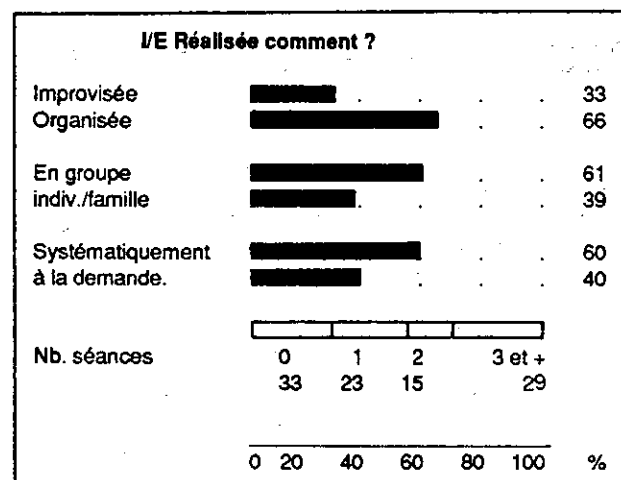


Si 81 % des répondants estiment l'éducation pour la santé utile, 56 % la jugent possible dans les circonstances actuelles, et 40 % seulement affirment qu'elle est réalisée régulièrement. Comme il s'agit de 40 % des 61 % de répondants, on peut estimer que seul un quart des maternités fait régulièrement de l'éducation pour la santé, en Communauté Française de Belgique. On est loin de la généralisation !

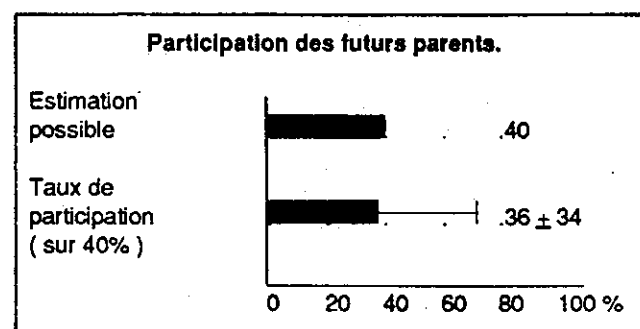
Comment fait-on de l'éducation pour la santé ?

Nous avons essayé d'estimer la pratique d'après cinq aspects:

1. Le cadre organisationnel : l'éducation pour la santé est-elle réalisée en activités spécifiques ou est-elle limitée aux consultations et autres colloques singuliers soignant-futur(s) parents(s) ? Dans les deux tiers des cas, l'information serait organisée.



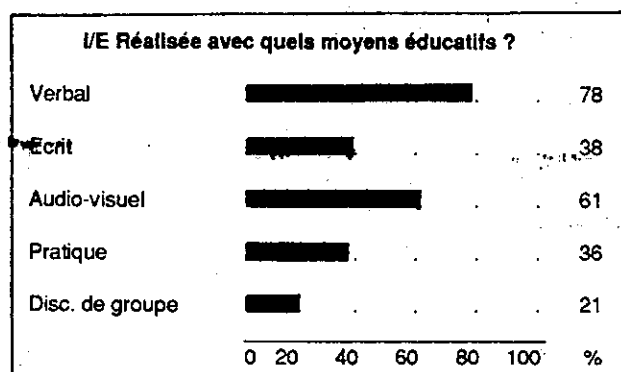
2. Le public : les résultats montrent que 61% des parents auraient l'occasion de participer à des rencontres de groupe (conjointement aux consultations individuelles) tandis que 39% ne recevraient des informations que de façon individualisée. Quand on parle d'information individualisée, il peut s'agir soit d'information à la future mère uniquement soit d'information au couple (ou à la famille). A ce propos, on constate que l'information en famille est très limitée puisqu'elle ne représente que 24% de l'ensemble des activités d'information individualisée. Ceci semblerait montrer que le père et éventuellement les enfants ne sont pas spécialement invités à préparer la venue du bébé. Nous voyons également que 40 % des parents seraient informés s'ils le demandent, et 60 % le seraient systématiquement. Mais comme dans la majorité des cas, «systématiquement» signifie «invité à participer», la population concernée est loin d'être entièrement et réellement touchée : 40 % des répondants ont été capables de nous indiquer le niveau de participation des futurs parents, et ces 40 % estiment que 36 % du public potentiel participe effectivement (36 % et plus ou moins 34 %).



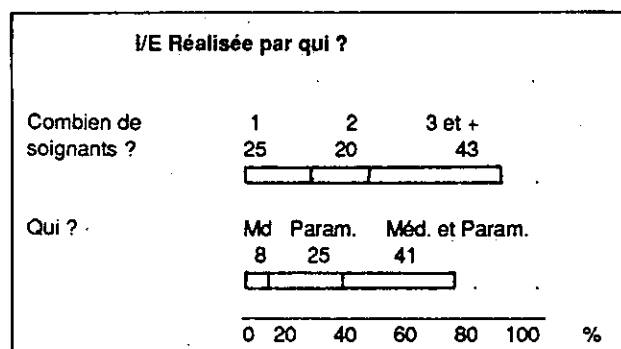
3. La fréquence des activités informatives : 43 % des répondants déclarent que les futurs parents sont «touchés» plus d'une fois (30 % trois fois et plus). Un tiers de ceux qui font de l'éducation pour la santé de manière organisée ne voient leur public qu'une seule fois, en dehors des consultations ou examens.

4. Les moyens éducatifs utilisés : idéalement, l'efficacité maximale est assurée par une combinaison des moyens éducatifs appropriés : par exemple, échanges verbaux, audio-visuel didactique et exercices pratiques...

Dans l'enquête, il apparaît que les combinaisons de moyens différents sont relativement courantes; 77 % disent utiliser plus de deux moyens. Si l'on analyse les résultats par thème d'information, on constate toutefois que 38% des maternités seulement déclarent utiliser plus de deux moyens pour l'information sur la grossesse ainsi que pour l'information sur les soins du bébé et à domicile, tandis que 56% déclarent utiliser plus de deux moyens éducatifs pour l'information sur l'accouchement et le séjour en maternité. Apparemment donc, l'effet synergique obtenu grâce à la combinaison de plusieurs moyens éducatifs pour un même thème d'information n'est pas utilisé dans la majorité des maternités. Par ailleurs, il existe une nette prédominance des moyens «passifs» sur les moyens «actifs» (exercices pratiques, discussion de groupe), qui ne sont jamais utilisés par plus du tiers des maternités.



5. Les sources d'information : 41 % des réponses indiquent que personnel médical et paramédical collaborent à l'information du «public». Toutefois, dans un tiers des cas, le personnel paramédical assure seul cette fonction, et dans 8 % des cas (3 sur 39) c'est le médecin qui s'en charge.



Connaissant l'intérêt d'assurer la crédibilité et la convergence des informations que le public reçoit, dans et hors de la maternité, il est nécessaire de développer les collaborations entre les sources d'information, et de répartir les rôles en fonction des attentes des futurs parents...

détaillés la restructuration des activités de la Commission Locale de Coordination ainsi que l'organisation de ses nouveaux services; - première mise en commun de données d'analyse des besoins; - recherche des priorités d'action en éducation pour la santé.

Cette réunion aura lieu de 9 à 12 h au T.E.C.A., avenue Reine Astrid 22, 5000 Namur. Pour toute information complémentaire: B. Reginster au 081/22.31.87 ou M. Steyaert au 081/22.24.22.

OBÉSITÉ - ENFANT

ARLON

L'association Interuniversitaire pour la Prévention des Maladies Cardio-Vasculaires organise, le 25 avril 1990 à 14 heures, une séance d'information sur l'obésité de l'enfant âgé de 7 à 12 ans dans ses aspects théoriques et cliniques. Cette séance s'adresse aux paramédicaux, aux travailleurs psycho-sociaux, aux enseignants, aux acteurs en éducation pour la santé,...

Lieu: Clinique Saint-Joseph (salle de réunion), rue des Déportés 137, 6700 Arlon.

Renseignements complémentaires: Association Interuniversitaire pour la Prévention des Maladies Cardio-Vasculaires, Mademoiselle M. Senkowska, clos Chapelle aux Champs 30.53, 1200 Bruxelles, tél. 02/764.30.24.

MÉDICAMENT

LEUZE-EN-HAINAUT

Le médicament, son bon usage, ses effets secondaires, son prix, son avenir dans l'Europe de demain. Conférence-débat avec Marcella De Smedt, pharmacienne à la Direction médicale de l'Alliance Nationale des

Mutualités Chrétiennes.

Cela se passera à 20h, salle du Centre Dramatique du Hainaut Occidental (C.D.H.O.), Grand-rue 41. Participation aux frais: 40 FB.

Renseignements: Guy Delobel, Infor Santé Tournai, tél.: 069/25.62.11.

SANTÉ

BRUXELLES

Salon Infomed, au Centre Anspach, niveaux 5 et 6, Bd Anspach 30-36, 1000 Bruxelles. Les services agréés en éducation pour la santé auront un stand. Entrée gratuite.

PROMOTION DE LA SANTÉ

MONTREAL (QUEBEC)

«Santé - Télé, pour une vision convergente». Forum organisé par l'Association pour la Santé Publique du Québec, sur le thème particulier de l'outil vidéo et télévisuel utilisé dans la pratique de la promotion de la santé.

Association pour la Santé Publique du Québec, Madame Geneviève Duval, rue Saint-Denis 6865, Montréal (Québec), H2S 2S3.

ALLERGIE

LEUZE-EN-HAINAUT

Les allergies respiratoires, préventions et traitements, par le docteur Dubois.

Cela se passera à 20h, salle du Centre Dramatique du Hainaut Occidental (C.D.H.O.), Grand-rue 41. Participation aux frais: 40 FB.

Renseignements: Guy Delobel, Infor Santé Tournai, tél.: 069/25.62.11.

HOMÉOPATHIE

PIPAIX

Conférence-débat animée par un médecin homéopathe. Cela aura lieu à 20h, Maison des jeunes "L'Egourche" (Place). Participation aux frais: 40 FB.

Renseignements: Guy Delobel, Infor Santé Tournai, tél.: 069/25.62.11.

TABAGISME - JEUNES

HUY

Prévention et lutte contre le tabagisme chez les jeunes, stratégies et prévention: thème d'une journée scientifique internationale organisée par le Service Education pour la Santé de Huy. Appel aux posters.

Renseignements: Service Education pour la Santé, rue Rioul 12, 5200 Huy, tél. 085/21.25.76.

SIDA

MONTREUX (SUISSE)

Assessing Aids Prevention International Concerns. Des chercheurs en santé publique y feront le point sur les méthodes d'évaluation des campagnes et stratégies de prévention du sida à travers le monde et sur l'impact social des différents aspects de la maladie.

Assessing Aids Prevention, I.U.M.S.P., rue du Bugnon 17, CH-1005 Lausanne.

EMPLOI

La Fédération Belge des Centres de Consultations Conjugales cherche pour son secrétariat un(e) assistant(e) social(e) à mi-temps, environ 30 ans, région bruxelloise. Envoyer une lettre de candidature et un curriculum vitae à la F.B.C.C.C., rue Souveraine 46, 1050 Bruxelles.

ÉDUCATION POUR LA SANTÉ BRUXELLES

18/4
4 et 22/5
1990

Le colloque se tiendra les 20 et 21 avril 1990 à la Maison des Associations Internationales, rue Washington 40, 1050 Bruxelles.

Renseignements et inscriptions: Fédération Francophone Belge pour le Planning Familial et l'Éducation Sexuelle, Claire Gavroy, rue Lesbroussart 28, 1050 Bruxelles, tél. 02/641.93.71. On peut également contacter Monsieur Philippe Daman, attaché de presse, au 02/502.14.26.

Prochaines journées d'étude organisées par le STICS sur la prévention et l'éducation pour la santé:

- le 18 avril 1990: le rôle du médecin généraliste dans l'éducation à la santé. Public concerné: médecins, maisons médicales, associations des médecins.

- le 4 mai 1990: le rôle du pharmacien dans l'éducation à la santé. Public concerné: pharmaciens / chercheurs.

- le 22 mai 1990: le rôle du CPAS dans l'éducation à la santé. Public concerné: travailleurs sociaux, membres du CPAS, présidents, secrétaires...

Les deux dernières journées se dérouleront en juin et septembre. Nous en reparlerons.

STICS, rue du Chapeau 6, 1070 Bruxelles, tél. 02/520.40.97.

BIOÉTHIQUE BRUXELLES

20 et 21
avril
1990

La Fédération Francophone Belge pour le Planning Familial et l'Éducation Sexuelle et la Ligue des Droits de l'Homme organisent conjointement un colloque sur le thème «Bioéthique, politique de santé et Droits de l'Homme». Le but de ce colloque: permettre l'expression de questions éthiques par des praticiens de la santé, proposer un dialogue entre praticiens, scientifiques et politiques concernant la formulation de principes généraux d'éthique sociale, examiner dans quelle mesure les normes des Droits de l'Homme peuvent apporter un cadre référentiel à la fois juridique et philosophique.

STRESS

WAREMME

23
avril
1990

"Le stress, un ami". Pour faire du stress un allié, il convient de le comprendre. Quelle place tient-il dans notre vie? Quelle place pourrait-il tenir? Quel stress pouvons-nous supprimer ou accepter? Comment vivre mieux avec le stress? Qu'est-ce qui peut m'aider?

Pour y voir plus clair, Vie Féminine organise une session de 4 séances sur ce sujet. Chaque session s'adresse à un groupe de maximum 15 personnes. Il est indispensable de participer à la totalité de la session, et d'arriver à l'heure!

Pour tous renseignements: Vie Féminine, rue de la Poste, 111, 1210 Bruxelles, tél. 02/217.29.52.

OUTILS PÉDAGOGIQUES BRUXELLES

24/4
au 1/5
1990

La 2ème Foire du Livre Scolaire se tiendra du 24 avril au 1er mai 1990, de 10h à 18h, à l'Espace Education de la Cité Administrative de l'Etat, rue Royale 204, 1000 Bruxelles (entrée gratuite).

Cette manifestation se limite aux ouvrages scolaires et à ceux que l'on peut considérer comme des «outils pédagogiques» utilisés dans les

établissements d'enseignement. Il sera possible d'effectuer des commandes de matériel sur place (mais pas de vente directe).

Un des stands sera celui de l'«éducation pour la santé en Communauté française», où les 14 services agréés présenteront leur matériel.

COUPLE - PSYCHOLOGIE BRUXELLES

24/4
8 et 15/5
1990

Les circonstances de la vie changent et on ne sait plus très bien se situer par rapport à son conjoint, à son emploi du temps. Il faut redéfinir ses libertés et ses devoirs, sa place à la maison et dans la société.

M. de Villefagne (conseillère conjugale) et L. Severne (licenciée en psychologie) animeront trois séances sur ce thème, sous le joli intitulé «Nos territoires».

Les séances ont lieu le mardi de 14 à 17 heures, pour des groupes mixtes de maximum 12 adultes. Prix: 1800 F (membre 1500F). Inscription préalable indispensable. Cela aura lieu 29 rue Blanche (près de la place Stéphanie).

Renseignements et inscriptions au 648.11.06.

COORDINATION NAMUR

25
avril
1990

La Commission Locale de Coordination en éducation pour la santé de Namur organise une deuxième rencontre entre tous les organismes d'éducation pour la santé agissant sur le terrain de la province de Namur.

Trois points prioritaires sont inscrits à l'ordre du jour:
- présentation du plan global d'action de coordination, dans lequel sont

Les objectifs de l'éducation pour la santé :

Définir des objectifs éducatifs réalistes, opérationnels et correspondant aux besoins détectés, et donc aussi aux demandes, tant chez le personnel que chez les futurs parents, est une condition nécessaire à la pertinence et la viabilité du projet éducatif. A travers la littérature et les expériences, 14 objectifs généraux ont pu être assignés à l'éducation pour la santé des parents et futurs parents : 7 en période prénatale, 4 en maternité, 3 au moins à domicile.

De ces 14 objectifs, sept seulement sont cités dans les réponses aux questions : «Avez-vous défini des objectifs éducatifs ? Lesquels ?». N'ayant pu collecter d'informations sur la communication des objectifs aux futurs parents (lors des séances éducatives), nous ne savons pas comment sont utilisés ces objectifs, ni comment le contenu et la structure de l'éducation pour la santé y sont reliés.

Au total, 3 maternités ne sembleraient avoir aucun objectif, 11 disent en avoir défini un, 17 citent deux objectifs et 8 en déclarent trois.

Il convient toutefois de nuancer ces résultats en soulignant, d'une part que le découpage du questionnaire en trois thèmes d'information (la grossesse; l'accouchement et le séjour en maternité; les soins du bébé et les soins à domicile) a peut-être attiré l'attention des répondants sur certains objectifs liés à ces thèmes au détriment d'autres objectifs et thèmes d'information (ex. soins et hygiène de la mère,...), d'autre part, que la plupart des objectifs cités par les répondants ne concernent pas un moment particulier et restent très généraux (ex. éducation à l'autonomie de la mère et son bébé).

A la question «Qui a défini les objectifs ?», 80 % répondent: un ou plusieurs soignants, et 20 % seulement incluent directement les futurs parents au processus d'analyse des besoins et de définition des objectifs éducatifs.

Un nouveau risque d'inefficacité de l'éducation pour la santé apparaît ici, lié à la projection par les soignants de leurs «besoins» sur les «patients», ce qui augmente fortement les risques d'inadéquation de l'Éducation.

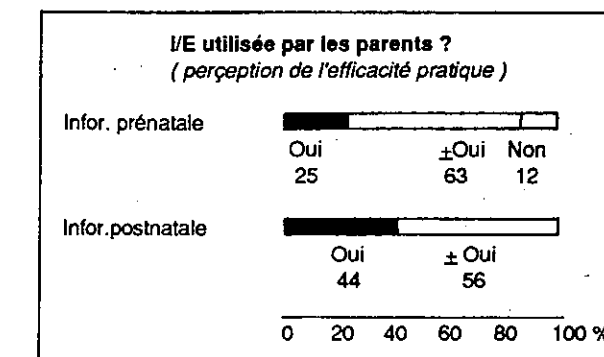
Effets et efficacité perçue de l'éducation pour la santé

La participation des futurs parents aux séances d'information est un premier critère d'efficacité. La figure 3 montre que les 40 % de répondants qui se sont préoccupés de ce critère, estiment la moyenne de participants à 36 % (+ ou - 34 %). Deux enseignements peuvent être tirés de ces chiffres :

- 1) Peu de soignants ou d'éducateurs se préoccupent d'évaluer les effets de leurs actions,
- 2) Peu de futurs parents sont effectivement touchés par l'éducation pour la santé. Et comme la participation est liée à la motivation, et à l'intérêt général pour la Santé, qui dépend du niveau socio-culturel, il est probable que les parents qui ont le plus besoin d'informations de Santé sont ceux qui en reçoivent le moins !

Un deuxième critère d'efficacité est l'utilisation par les

parents des informations reçues. 26 % des répondants estiment que les parents utilisent les informations «prénatales» dans leur vie quotidienne. Les réponses atteignent 44 % pour les informations «per et postnatales».



Les soignants perçoivent donc l'éducation pour la santé comme peu efficace, du point de vue de l'utilisation pratique.

Le troisième critère d'efficacité est le rapport entre les objectifs définis et les effets perçus. La figure 5 montre cette relation. Ce qu'il nous semble intéressant d'en retenir sont les rapports, d'une part entre les effets jugés positifs (+) et les objectifs visés, choisis au départ (oui), d'autre part, entre les effets jugés positifs (+) et les objectifs non visés (non).

Objectifs et effets perçus de l'éducation

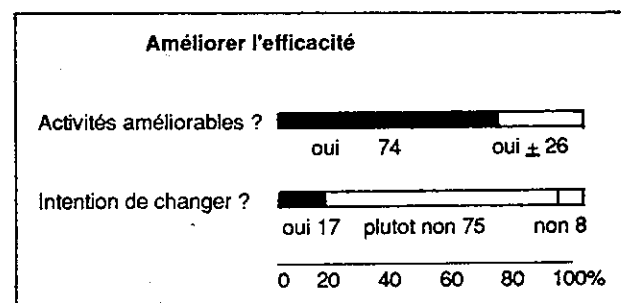
Objectif choisi	Effets perçus		Rapports	
	+	-	+ / oui	+ / non
Anxiété	Oui : 24 Non : 15	16 8	8 7	.67 .53
Rel. Sa/Sé	Oui : 10 Non : 29	6 19	4 10	.60 .66
Prématurité	Oui : 14 Non : 25	6 4	8 21	.43 .16

Par exemple, pour l'objectif «réduire l'anxiété», sur les 24 services ayant choisi cet objectif, 16 estiment que les effets de l'éducation sont positifs, ce qui donne un pourcentage de 67 % (soit un taux de .67). Les taux sont tous supérieurs à .60, sauf pour l'objectif «réduire la prématurité», 43 % seulement des maternités ayant visé cet objectif estiment l'avoir atteint. Inefficacité ou difficulté d'évaluer un résultat en terme d'indicateur de santé ? Cet objectif reste un des plus importants en matière de prévention, dans le domaine de la périnatalité, et il serait presque indispensable d'en mesurer le résultat. Il est vrai que la mise au point de dispositifs d'évaluation susceptibles de faire la part entre l'effet de l'Éducation et d'autres effets (qualité des soins...) est très difficile à mettre en service de manière systématique.

En conclusion, il semble que les effets de l'éducation pour la santé ne sont pas perçus aussi positivement qu'on pourrait l'attendre (ou l'espérer ?). L'impact de cette «perception d'efficacité» sur la motivation des soignants à →

→ développer et à améliorer leur action est évident. Nous y reviendrons plus loin !

Rentabilité et amélioration de l'éducation pour la santé : Le rapport entre les coûts (temps, budget,...) et les bénéfices (gain de temps, avantages perçus,...) de l'éducation pour la santé en maternité a aussi été abordé dans l'enquête. Ici aussi, il s'agit d'avis, de perceptions. 45 % des répondants estiment que leurs actions ne sont pas rentables ! Par ailleurs, tous jugent leur activités moyennement ou tout à fait améliorables (28 et 72 %).



Mais, à la question «Les soignants ont-ils l'intention de poursuivre leurs activités d'éducation pour la santé sans modification ?», 23 % seulement répondent non !

Conclusion

Il est difficile de trouver une signification, ou une explication, à ces résultats, en l'absence d'informations plus précises. D'ailleurs, une des conclusions de cette enquête est que, face aux nombreuses questions soulevées par les résultats obtenus, il est indispensable de prolonger cette étude exploratoire.

Une enquête plus détaillée, et centrée sur les points épineux découverts ici, est en cours de préparation. En guise de synthèse des résultats de cette enquête, l'Information-éducation pour la santé dans les Maternités de la Communauté Française de Belgique apparaît, pour celles et ceux qui la pratiquent, comme :

- utile, moyennement possible, relativement répandue, mais réalisée en deçà des attentes,
 - souvent organisée, mais insuffisamment systématisée,
 - peu évaluée, et peu réajustée,
 - moyennement efficace (utilisée par les parents).
- Quant aux moyens éducatifs, ils utilisent peu l'effet de groupe, l'apprentissage pratique, et la synergie que provoque la combinaison de moyens (verbal, audio-visuel, pratique, aide-mémoire).

Les objectifs sont peu définis en général, ou imprécis, ou non-hiérarchisés. L'analyse des besoins est fondée sur les perceptions des soignants, la prévention cédant le pas à la satisfaction, aux aspects relationnels soignant-soigné et à la réduction de l'anxiété. ■

A. Deccache, A. Malice, P. Feron, Centre d'Education du Patient

Cet article est extrait du dossier "La relation éducative à la maternité" publié dans le Bulletin d'Education du Patient (volume 8 - n°4 - décembre 1989).

Pas étonnant que nous accueillions ce genre de contribution dans nos colonnes. En effet, l'éducation des futurs parents est plus proche de la prévention primaire que de l'éducation du patient au sens strict. Mais bien entendu cela concerne aussi la relation directe soignant-soigné en milieu hospitalier, avec ce que cela a de spécifique par rapport à l'éducation pour la santé dans le milieu de vie habituel.

Voici les autres articles de ce dossier:

Percevons-nous les besoins réels des jeunes parents?
A. Sprumont

Nouvelles philosophies de l'ONE en matière de suivi prénatal
F. Goossens

Les actions éducatives de la consultation prénatale du CHR de la Citadelle
I. Sikivie

Relations éducatives à la maternité

Mon bébé est en néonatalogie
A. Vandebosch

Les séances d'info-allaitement
G. Thomas, N. Cans, Ch. Defays

Programme d'éducation en post-partum
F. Salvadori

De l'info-contraception au retour à la maison
D. Brassine

En guise de conclusion
A. Lovinfosse, M.-Th. Minne

Le "Bulletin d'Education du Patient", une publication du Centre d'Education du Patient, s'adresse à toutes les personnes intéressées par le problème de l'information du malade, et son objectif est d'aider ce public à rester informé des idées, expériences, mouvements, projets et nouvelles méthodes d'éducation du patient.

L'abonnement coûte 850 FB (tarif institution), 500 FB (tarif individuel) ou 400 FB (tarif étudiant) à virer au compte 796-5303234-18 du Centre d'Education du Patient, 5180 Yvoir, avec la mention "abonnement BEP".

- ils s'adressent à une communauté à laquelle ils fournissent du matériel et une formation de volontaires;

- on évite les tactiques anxiogènes dans la promotion des messages de prévention des accidents;

- les programmes fournissent une information pour une seule action à la fois, dans une situation spécifique, plutôt que des données globales sur les changements de comportement quotidien (par exemple: l'eau froide pour le traitement des brûlures);

- ils sont soutenus par des systèmes législatifs et environnementaux;

- ils sont également renforcés par les médias en vue de renforcer la connaissance d'un problème donné.

En conclusion, Romer et Manciaux, les coordonnateurs de ce travail, mettent en évidence le manque de moyens à la hauteur du problème, de son importance et de sa complexité, mis à la disposition de la recherche en accidentologie.

Ils insistent sur la multiplicité des champs à explorer selon les priorités définies dans chaque pays: recherche clinique qui a essentiellement trait à l'amélioration des techniques de soins; recherche épidémiologique qui peut fournir des éléments d'une prévention rationnelle sous forme d'enquêtes descriptives locales destinées à appréhender des problèmes précis et d'enquêtes analytiques obligatoirement rétrospectives avec une approche prospective en partant de certaines zones d'observation bien délimitées; à côté de l'épidémiologie analytique, une épidémiologie expérimentale utilisée essentiellement pour la mise au point de mesures de sécurité passive qui constitue un pas vers «l'accidentologie appliquée» et pour les citer: recherche ergonomique, en économie de la santé, en sciences du comportement, sur les services de santé, sur les pratiques de sécurité.

Si le domaine des accidents et de la sécurité des enfants et des jeunes constitue un immense champ de recherches et si nous pensons comme les auteurs qu'il faille encourager les

chercheurs à s'y engager activement, il faut avoir sans cesse à l'esprit la finalité de la recherche d'être au service de l'action et dans certains cas la nécessité d'agir pour savoir.

S'il est un domaine où ce lien prend tout son sens, c'est bien celui de l'accidentologie. ■

Martine Bantuelle, Educa-Santé

N'oubliez pas...

... de nous renvoyer sans tarder la fiche signalétique insérée dans ce numéro si vous désirez continuer à recevoir régulièrement Education Santé. A défaut, vous ne ferez plus partie de nos abonnés!

Soyez gentil(le), complétez et renvoyez-nous aussi le questionnaire d'évaluation de notre revue. Vos réponses nous aideront à améliorer Education Santé.

L'accidentologie: un savoir, une pratique

L'Inserm et l'OMS se sont associés pour une fois de plus attirer l'attention sur la nécessité urgente de s'intéresser aux problèmes posés par les accidents de l'enfant et de l'adolescent.

Depuis plusieurs années, l'OMS s'attache à sensibiliser et intéresser activement les organismes de recherche et de santé publique à cette question qui malgré la désaffection dont elle est l'objet reste néanmoins un point noir au coût financier et humain considérable.

Il est bon de rappeler que les accidents représentent dans les pays industrialisés un problème de santé d'un coût plus élevé que la charge que représente les maladies cardiovasculaires ou tumorales: leur priorité n'est guère contestée, pourquoi n'en est-il pas de même pour les accidents?

Quand on sait que ce problème atteint particulièrement les enfants et les jeunes, on s'étonne de voir si peu de moyens développés pour l'enrayer.

C'est qu'une idée tenace, bien que préconçue domine encore aujourd'hui: ces accidents sont inévitables.

Selon l'OMS, on peut largement prévenir le phénomène si on l'aborde d'une manière scientifique, comme l'étude de tout autre phénomène de santé.

Si ce que nous savons sur les conditions dans lesquelles surviennent l'accident, sur les facteurs qui en favorisent l'incidence, sur les moyens à mettre en oeuvre pour en réduire les risques justifie l'action, une question persiste: comment faut-il agir pour être efficace?

Pour répondre à cette question,

l'OMS s'est associée à l'Inserm, mêlant étroitement la recherche et l'action dans un double objectif: faciliter la mise en oeuvre de politiques et de stratégies nationales visant à réduire les risques d'accidents et contribuer à l'évaluation des politiques de recherche en accidentologie chez les plus jeunes.

Cette approche a été étudiée lors d'un séminaire qui s'est tenu à Paris et a fait l'objet d'une publication (1) traitant des aspects épidémiologiques, psychosociaux et technologiques.

L'information n'est pas neuve, mais a le mérite de faire le point des différentes approches simultanément et surtout de consacrer un chapitre aux activités de prévention, d'enseignement et de recherche.

Les différents auteurs insistent sur la complexité de «l'histoire» de l'accident, qui outre les informations livrées par l'épidémiologie et l'étiologie, se découvre dans une analyse minutieuse du faisceau des causes et des facteurs qui l'influencent.

Cela implique la juxtaposition de relevés de données (mortalité, morbidité), d'études psychosociales et d'études de cas.

On peut en dégager des enseignements quant aux stratégies utiles à mettre en oeuvre: la mise en oeuvre d'efforts dépassant les éducateurs pour la santé et engageant des intervenants de disciplines complémentaires (pédagogie, sociologie, ergonomie, puériculture, psychologie, architecture, droit, communication, économie, urbanisme, médecine, management, sciences politiques, épidémiologie, ingénierie, éthique); l'intégration de stratégies préventives spécifiques dans une approche globale.

S. Whitelaw explique comment en Australie, la prévention des accidents d'enfants s'est inscrite dans une stratégie de réseau basée sur le concept du développement communautaire et fait partie

intégrante de la formation de la santé.

L'objectif du réseau est de maximiser la disponibilité et l'accessibilité de l'éducation à la sécurité dans la communauté, contribuant par là à un environnement plus sûr pour les enfants.

Ce concept avait déjà été appliqué en Suède et se base sur le postulat que les gens qui ont une connaissance réelle de leur environnement sont ceux qui y vivent et que ce sont eux qui sont dans la meilleure position pour influencer l'environnement immédiat. Le programme se base sur le recrutement de volontaires-conseillers en environnement à partir d'une communauté locale.

Les résultats positifs de l'évaluation de ce projet ont encouragé l'extension du réseau communautaire à un concept de prévention sanitaire globale.

Ce projet s'est doublé d'actions dans les écoles, de campagnes promotionnelles dans les médias et de mises en place de certaines mesures notamment dans le domaine de la prévention des noyades.

L'auteur met en évidence les notions convergentes qui se dégagent des programmes qui se sont révélés, au travers d'une évaluation formelle, performants:

- ces programmes se basent sur des données épidémiologiques fiables;
- on a établi une philosophie d'action;
- ces programmes sont planifiés pour un succès à long terme sous forme de réduction de la morbidité et de la mortalité;
- ils sont développés comme partie intégrante d'un concept global de santé;

(1) MANCIAUX M. et ROMER C.J. «Les accidents de l'enfant et de l'adolescent», OMS, 1988, Edition «La Documentation française», Paris, 1988.

Pour une information des futurs et jeunes parents

Deux équipes s'occupent activement, en Belgique francophone, d'information aux parents sur des questions de périnatalité.

Infor-Naissance, tout d'abord, composée de psychothérapeutes, kinésithérapeutes, assistantes sociales et accoucheuses, a pour activité principale l'information et l'aide à ce que l'équipe appelle les «couples enceints». Une permanence téléphonique et d'accueil est assurée trois jours par semaine, avec mise à la disposition du public d'un fichier d'adresses, d'un centre de documentation et d'une vidéothèque (visionnement et location).

Infor-Naissance organise également des cycles d'animations pour futurs parents, des ateliers «Massage et jeu avec le tout petit», des consultations d'haptonomie (1) (deux membres de l'équipe ont d'ailleurs suivi ou suivent encore une formation en haptonomie périnatale avec Franz Veldman, le spécialiste en la matière), ou des ateliers de massage pour la femme enceinte, proposant au futur père d'apprendre à masser sa femme pendant la grossesse.

Un service d'aide psychologique d'urgence peut également répondre aux situations de crise comme grossesses à haut risque, deuil périnatal, dépression post-partum, ambivalence par rapport à la grossesse, grossesses multiples, etc.

Infor-Naissance est bien entendu en relation étroite avec l'O.N.E. et la Ligue des Familles.

Infor-Naissance, avenue d'Auderghem 187, 1040 Bruxelles, tél. 02/648.00.31.

Infor-Allaitement est constitué d'une équipe de bénévoles qui assurent une permanence téléphonique 7 jours sur

7 (en journée) à l'écoute des parents, en matière d'alimentation du nourrisson. Ses objectifs: informer les futurs parents sur les différents modes d'alimentation du nouveau-né, avec leurs avantages et inconvénients; aider les mères allaitantes dans la poursuite ou l'arrêt de leur allaitement; approfondir les connaissances du personnel de santé qui donne des conseils en matière d'allaitement.

Pour ce faire, Infor-Naissance a réalisé un «guide de l'allaitement» à l'usage du personnel de santé et des bénévoles qui assurent la permanence téléphonique: il regroupe l'ensemble des réponses aux multiples questions pratiques, juridiques, psychologiques et sociales autour de l'allaitement (réactualisation continue).

Un dépliant a également été réalisé, qui explique aux jeunes mamans ce qui se passe les premiers jours, et répond aux questions les plus fréquemment posées (mon lait est-il bon? comment savoir s'il a assez bu? j'ai moins de lait, que faire?...).

Enfin, des animations sont mises sur pied à la demande, pour des infirmières, gardiennes d'enfants, kinésithérapeutes, femmes enceintes, mères allaitantes,...

Infor-Allaitement, Grande rue au Bois 82, 1030 Bruxelles, permanence téléphonique: 02/242.99.33.

(1) «L'haptonomie se définit comme «science du toucher». Elle est basée sur le contact, la communication physique et affective des personnes concernées, la mise en relation du couple avec le fœtus et des parents entre eux» (extrait de «Un enfant demain», édition spéciale destinée aux futurs parents, Dr Serge Wesel, en collaboration avec l'ONE).



La détente à l'école

L'Ecole des Parents et Educateurs de Belgique (E.P.E.), reconnue comme Centre d'Education Permanente par la Communauté française, organise régulièrement divers ateliers et séances d'information à l'usage des parents et/ou des éducateurs, dans les domaines de la psychologie, de l'éducation et de la santé.

L'un de ces ateliers, «Savoir se détendre», offre un apprentissage progressif de la détente physique et mentale par la sophrologie, à toute personne souhaitant réaliser un meilleur épanouissement personnel, familial et professionnel. Des ateliers sont organisés à Bruxelles et à Charleroi.

L'E.P.E. propose également une «formation des enseignants à la détente à l'école», par l'acquisition de techniques de détente et de gestion positive de soi. La formation poursuit trois objectifs:

- psycho-physiologique: réduction du stress des enfants et des enseignants dans le contexte des activités de classe;

- psycho-pédagogique: renforcement de l'attention et de la concentration en vue d'une facilitation des apprentissages;

- transpersonnel: rendre à l'enfant l'accès à sa dimension intérieure, c'est-à-dire aussi l'accès à sa créativité propre.

Cette formation peut être organisée à Bruxelles, Charleroi et Mons.

La brochure programme détaillée de l'Ecole des Parents et des Educateurs peut être obtenue gratuitement sur simple demande au secrétariat général, place des Acacias 14, 1040 Bruxelles, tél. 02/733.95.50 (de 8h30 à 16h30).

Toxicomanies

L'action «Bouton blanc»

Actuellement, le fléau de la drogue fait la une de l'actualité et cette fois non pas en montrant uniquement du doigt les victimes, mais plutôt les profiteurs, les «Marchands de mort» (les «barons» de la drogue en Colombie, Noriega,...).

Si on peut se réjouir de la volonté politique qui motive un certain nombre de pays dans le monde à lutter contre la production illicite de drogues, le trafic, le blanchiment de l'argent, il ne faut cependant pas perdre de vue l'importance sur les plans local, régional, communautaire et national de poursuivre et d'intensifier:

- la promotion d'une prévention concertée sous ses différentes formes et à tous les niveaux;

- le développement et l'intensification de l'aide aux toxicomanes.

Dans ce contexte, il importe de rappeler que le phénomène drogues ne se limite pas aux seules substances illicites mais s'étend aussi à toute une gamme d'autres produits psychotropes tels que l'alcool, le tabac, les médicaments, les solvants, etc...

Afin de soutenir cette façon d'envisager la prévention, une campagne multimedia de sensibilisation sera organisée en collaboration avec des femmes et des hommes publics de chez nous: artistes, personnalités politiques, sportifs, etc...

Cette campagne consisterait à diffuser chaque jour, pendant à deux mois, avant les journaux télévisés et parlés, un clip, une chanson, un extrait de film, un flash sportif, qui sera suivie d'un message énoncé par une de ces personnalités.

Les différents messages seraient également répercutés par la presse écrite et les bulletins de contact et autres moyens d'expression utilisés dans la vie associative.

Un Groupe promoteur a été mis en place. Il est composé de journalistes, de personnes issues de la vie associative et d'institutions de prévention. Ce Groupe promoteur mettrait ses services à la disposition de ceux qui souhaitent véhiculer et diffuser les messages au cours d'une telle campagne.

ET LE BOUTON BLANC DANS TOUT CELA?

C'est dans ce même esprit que le «Bouton blanc» peut être un symbole de prise de position personnelle et d'engagement. Il ne représente pas une solution en soi aux problèmes de la drogue, et ne peut en aucun cas servir d'alibi.

C'est pourquoi, il semble important de rappeler que l'opération «Bouton Blanc»:

- doit être autre chose qu'une opération commerciale;

- doit s'inscrire dans une large promotion de ce symbole. Cela ne signifie pas rendre son port obligatoire et encore moins chez les jeunes exclusivement. Chacun peut le porter: jeunes et adultes;

- est susceptible de signifier ou de véhiculer certains messages:

1° «Les drogues, c'est pas mon truc», tout d'abord, mais pas seulement. C'est aussi l'occasion pour celui qui le porte de faire le point sur ses habitudes et ses propres consommations d'alcool, de tabac, de médicaments,...

2° Ne pas porter le Bouton Blanc ne signifie évidemment pas qu'on soutient la consommation de drogues. L'arborer, ne résoudra pas non plus le problème «drogues» dans notre pays.

Le Bouton blanc ne peut pas être - une **ségrégation** entre ceux qui le portent et ceux qui ne le portent pas, ce qui risque d'entraîner une exclusion sociale.

- une **obligation**: chacun doit pouvoir rester libre de le porter ou non.

- une **opération financière** pour ceux qui le promeuvent.

- une **campagne qui ne vise que les jeunes** et donne bonne conscience aux adultes.

- un **moyen de chantage ou de pression** à l'égard de jeunes ou d'adultes.

En bref, que le Bouton blanc soit porté ou non, il doit être considéré comme un symbole propice à une prise de conscience personnelle et/ou collective

- sur ses propres habitudes de consommation: alcool, tabac, médicaments;
- sur la nécessité au niveau des Pouvoirs Publics

- * d'élaborer une politique globale de prévention, concertée, aux niveaux national, régional, communautaire et local dans notre pays.

- * de donner les moyens suffisants en ressources matérielles et humaines aux institutions spécialisées pour mener à bien les actions de prévention, de traitement et de recherche dans le domaine.

A ce jour, le Groupe promoteur est composé de:

Association des Licenciés en Sciences Sanitaires de l'Université de Liège
Centre Action prévention
Assuétudes, Morlanwelz
Comité de Concertation sur l'Alcool et les autres Drogues de la Communauté française de Belgique
Confédération des Jeunes socialistes
Contact J, Rixensart
Fédération des Institutions Socio-Culturelles, Bruxelles
Infor-Drogues, Bruxelles
Mouvement des Jeunes pour la paix
Prospective Jeunesse, Bruxelles
Service Education pour la Santé, Huy.

Avec le soutien de François Guillaume, Ministre des Affaires sociales et de la Santé de la Communauté française.

CCAD

CCAD, rue du Président 55, 1050 Bruxelles.

révélateurs de goût, c'est cher payé!

Enfin, rappelons aussi qu'il n'existe pour le moment aucune législation concernant ce type d'aliments. Ainsi, un produit peut porter l'appellation light dès qu'il est allégé, ne fût-ce que de 5%. Heureusement, ce problème légal pourrait trouver une solution cette année.

Dès lors, que pouvons-nous manger sans courir le risque de prendre du poids?

Vaste question... En tout cas, s'il est utile de repenser son alimentation dans le cadre d'une vie sédentaire, souvenons-nous qu'il peut être dangereux d'abaisser la teneur en énergie de son alimentation sans contrôle médical.

Bref, les produits allégés ne sont pas une panacée. Mais ils peuvent être intéressants s'ils sont intégrés dans un régime amaigrissant (beurre allégé par exemple).

Michel Marée, ICAN - Equipe de Huy

Recettes et menus allégés

Les plats en sauce lourds et généreusement servis n'ont plus vraiment la cote aujourd'hui. Pas étonnant qu'on trouve de plus en plus de livres de recettes "light" dans les librairies.

Ainsi, Josiane Mongeot nous propose dans «350 recettes et menus à base de produits allégés» pas moins de trois livres en un: 64 fiches de menus équilibrés pour toute la journée autour d'un plat de cuisine allégée; une revue de la plupart des produits (fromages, glaces, crèmes, confitures, laitages, potages, desserts); 150 recettes gourmandes mais légères, parmi lesquelles bon nombre d'entremets sans édulcorant de synthèse.

Sans nier l'intérêt de la démarche, on peut regretter que l'auteur use et abuse des plats cuisinés allégés industriels existant sur le marché comme base de ses menus. «Cuisine légère», «carte légère», «ligne légère», «cuisine allégée», on risque vite

l'indigestion...

Bref, pas de quoi en faire un plat...

J. MONGEOT, 350 recettes et menus à base de produits allégés, Paris, Jacques Grancher, 1989, 240p., 120 FF. ■

Protection Santé

Encore une revue de santé destinée au grand public. Si on peut dire... Le numéro «spécial hiver» que nous avons sous les yeux, tiré à 150.000 exemplaires et diffusé en pharmacie, ne contient que de la pub, plus exactement ce qu'on appelle pudiquement du «publirédactionnel».

Cela donne ce genre de littérature:

«Et de plus, pour la première fois un laboratoire pharmaceutique a pensé à joindre l'utile à l'agréable. En effet "TZUKA" aspartame vous offre la qualité d'un aspartame et la possibilité de choisir parmi 30 décors de boîtes différentes, toutes aussi jolies les unes que les autres. N'hésitez plus, courez chez votre pharmacien découvrir ces merveilles et devenez "TZUKA".»

Et on vous épargne le Zytoran à la taurine et le Physiomer, «soluté nasal isotonique d'eau de mer qui conserve toutes les qualités de l'eau de mer sans sel tout en conservant les autres oligo-éléments contenus dans l'eau de mer comme le calcium, le magnésium, le potassium, le manganèse...» Si c'est de l'eau de mer du Nord, vous pouvez y ajouter quelques métaux lourds et autres saloperies!

Bref, on ne trouve même plus le moindre article-alibi dans «Protection Santé». Pour la petite histoire, signalons que l'éditeur responsable et rédacteur en chef est le même que celui de «D. Santé», de joyeuse mémoire. Un récidiviste quoi! ■

Statistiques et vieilles dentelles

Viellissement et santé: voilà bien un vaste sujet, qui a déjà fait couler beaucoup d'encre. Tel est pourtant le thème des deux derniers Cahiers du Germ (Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine).

A l'origine, une table ronde, autour de laquelle s'étaient installés une trentaine de spécialistes, sociologues, psychologues, géiatres, économistes, infirmières ou assistantes sociales, recrutés dans cinq pays (Belgique, Canada, France, Grand-Duché de Luxembourg, Suisse), dans le but d'échanger leurs expériences, leurs connaissances, les résultats de leurs recherches et leurs réflexions. Ils ont ainsi tenté d'aborder le thème du vieillissement par ses multiples facettes, tant au niveau purement médical que psychologique, sociologique, démographique, également par le biais de l'épidémiologie.

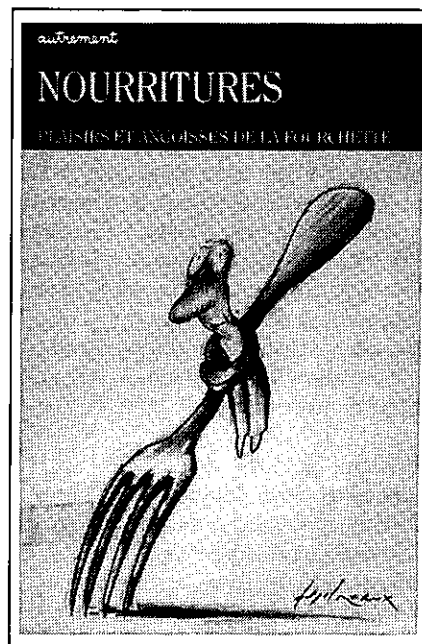
L'analyse des coûts pour la sécurité sociale des soins de santé aux personnes âgées, la question des soins à domicile et celle de la mort sont bien sûr présentes, de même qu'une réflexion sur le rôle que peuvent jouer, dans la société, ceux que l'on appelle les «vieux», «le troisième» ou le «quatrième âge».

A noter aussi une bibliographie fort détaillée, comprenant des références de livres, d'articles, de rapports, de journées d'étude, de colloques et de revues, sur tous les thèmes abordés.

Statistiques et vieilles dentelles, regards sur les jeux du temps et de la santé, Cahiers du Germ, volume I n°207 IV/1988, volume II n°208 I/1989, 250FB chacun.

Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine, rue du Gouvernement Provisoire, 1000 Bruxelles, tél. 02/219.67.66. ■

C'est surtout le pire qui nous attend avec la troisième partie qui proclame: «hamburger pour tout le monde, pizza pour les autres».



Manifestement, sous la pression conjuguée de la concentration économique et des flux migratoires, l'alimentation mondiale tend à s'uniformiser. Si elle nous fait manger mal, la «cuisine internationale» se porte bien.

Si la cuisine française se prétend la meilleure du monde, il semble bien que les consommateurs ne le savent pas: 35 % des restaurants de la planète sont chinois, 30 % italiens et... 5 % français. Sur son propre sol, la supériorité de la gastronomie française est battue en brèche; petit à petit et de plus en plus, les français mangent «exotique»: le couscous vient en quatrième position parmi les plats préférés de la France profonde.

L'ouvrage se termine sur les «manières de tables». Pas question de bonnes ou de vilaines manières, mais il faut bien se rendre compte, lorsqu'on parle du manger, de ce que le «comment» est aussi important que ce qu'il y a sur la table. Le «repas de famille» n'est plus ce qu'il était. Les repas pris en solitaire sont de plus en plus nombreux, tant du côté des jeunes que des vieux. Parallèlement - et ce n'est pas contradictoire - les repas pris en collectivités se

multiplient également. Le temps consacré à la préparation diminue en proportion, et davantage encore vu la prolifération des repas vendus tout préparés.

Vous trouverez tout cela, et bien d'autres choses encore dans ces quelques 200 pages de la revue Autrement. C'est dire que les thèmes abordés sont loin d'être traités de façon systématique. Il s'agit bien davantage d'éveiller la curiosité, de susciter la réflexion.

J'espère avoir contribué à vous ouvrir l'appétit... ■

Nourritures, dirigé par Fabrice Piault, Revue Autrement, série mutations n°108, septembre 1989, 898 FF.

Light

Après le dépliant «Manger light... pas à la légère» d'Infor Santé, dont nous vous avons fait cadeau avec notre numéro de janvier, voici deux contributions qui confirment l'intérêt croissant pour ce type d'aliments.

D'une part, Michel Marée, plutôt critique, souligne les dangers connus ou supposés des produits light. D'autre part, nous vous présentons un ouvrage à la gloire des aliments allégés, qui pousse l'appréciation positive jusqu'à l'absurde.

A vous de vous faire votre opinion!

Les produits light sur la sellette

A l'heure actuelle, nous mangeons trop et trop riche (trop de matières grasses, trop de sucres simples, trop de sel...). Dès lors, beaucoup d'entre nous ont opté pour une alimentation basée sur les produits allégés.

Il existe quatre grands types de produits dits «light»:

- allégés en alcool (bières, vins, boissons apéritives...)
- allégés en sucre (sodas, édulcorants...)
- allégés en graisses (minarines,

mayonnaïses...)
- allégés en graisses et en sucres (petites barquettes de «menus light»...)

Le remplacement d'aliments «normaux» par des aliments allégés n'est cependant pas sans danger.

1. Le risque de carences en vitamines est grand.

En effet, lorsqu'on retire une partie des matières grasses d'un aliment, qu'advient-il des vitamines liposolubles et des acides gras essentiels que renferme le produit original?

Si on retire des matières grasses d'un produit, c'est pour les remplacer par des «hydrocolloïdes», ensemble de produits ayant la propriété de se disperser dans l'eau pour donner un gel. Conséquence: le caractère colloïdal de ces produits leur fait capter et retenir une forte proportion d'eau prélevée sur le bol alimentaire. Cette eau, liée à un colloïde, ne pourra dès lors traverser la paroi intestinale et sera dirigée vers l'excrétion fécale. Il en sera de même pour toutes les vitamines et minéraux solubles dans l'eau (A. Noïrfalise, 27/04/89, symposium «produits light», Bruxelles).

2. Le risque d'intoxication aux produits de remplacement, à savoir les édulcorants, les polyols, les épaississants et les gélifiants, est bien présent. Si ces additifs sont sans danger dans le cadre d'une alimentation normale, leur usage abusif n'est pas sans nous inquiéter, surtout concernant l'alimentation des enfants, qui sont consommateurs potentiels de ces produits light.

3. Selon certaines recherches, le fait d'avoir un apport énergétique quotidien inférieur à 1800 kcalories pour l'homme et 1600 kcalories pour la femme comporte un risque de carence en certaines vitamines et certains minéraux (magnésium et fer principalement).

Un autre aspect de l'alimentation allégée est son prix. Un minimum de 140 FB pour un petit morceau de viande, un peu de riz, de pâtes ou de pommes de terre, le tout agrémenté de sauce émulsionnée et de

L'OMS dans la lutte contre les toxicomanies

Au cours d'une session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'abus des drogues (New-York, 20-24 février 1990), l'Organisation Mondiale de la Santé a présenté un plan visant à intensifier ses activités à tous les niveaux, pour combattre la toxicomanie à l'échelle mondiale.

Quelques points du programme proposé par l'OMS:

- promouvoir des programmes de prévention efficace au niveau communautaire ainsi que sur les lieux de travail et renforcer les moyens dont disposent les familles pour faire face à ce problème;

- intensifier la prévention et le traitement de la toxicomanie par voie intraveineuse afin de freiner la propagation de l'infection à VIH et du sida au moyen de seringues et d'aiguilles contaminées et autres facteurs connexes;

- renforcer les contacts entre les toxicomanes et les services de traitement, en évaluant l'efficacité de ceux-ci et en publiant des principes directeurs afin d'améliorer la prise en charge clinique des toxicomanes à tous les stades de la désintoxication;

- développer l'éducation et la formation du personnel de santé à l'utilisation rationnelle des médicaments psychoactifs;

- ...

Le plan prévoit aussi la promotion de la recherche sur l'abus des drogues, afin de mettre en place des programmes de prévention et des traitements plus efficaces.

Prévention et éducation pour la santé le point de vue du terrain

Dans le domaine de la santé, et notamment de la prévention, les spécialistes sont nombreux. Le Ministre de la Santé de la Communauté française dispose même d'un Conseil Communautaire Consultatif de la Prévention pour la Santé et d'une Cellule Permanente Education pour la Santé, qu'il ne manque pas de consulter régulièrement.

Bien sûr, parmi ces spécialistes, il y a un certain nombre de gens du terrain, mais les besoins et les priorités qu'ils sont amenés à définir sont parfois assez éloignés des besoins exprimés directement par le public intéressé.

Il est donc bien utile, de temps en temps, de se mettre à l'écoute de ceux qui sont quotidiennement sur le terrain.

Le STICS, service d'éducation permanente, nous en fournit l'occasion en organisant 8 journées d'études destinées chacune à un public différent.

Les trois premières auront déjà eu lieu au moment où paraîtront ces lignes.

Pour commencer, on a invité les enseignants et les travailleurs sociaux à se concerter sur le thème «les adolescents et le sida».

Ensuite, on a réuni les travailleurs de centres de planning pour réfléchir sur leurs nouveaux rôles: il ne fait pas de doute qu'ici encore il aura été question de sida, mais aussi des modifications attendues dans la législation sur l'interruption de grossesse.

Une troisième journée a été consacrée à l'Inspection Médicale Scolaire pour

parler de son rôle dans l'éducation à la santé. Sans être aussi brûlant, ce thème mérite d'être éclairci: certains responsables d'IMS estiment qu'ils doivent avoir le monopole de l'éducation pour la santé à l'école; d'autres, au contraire, sont minimalistes: quelques brochures dans la salle d'attente feront l'affaire...

Comment se servir des données récoltées par l'IMS? Comment passer de la détection à l'éducation pour la santé? Comment articuler des actions communes IMS/PMS en éducation pour la santé? Comment renforcer la coopération entre ces deux institutions, et si l'on parle de fusion IMS/PMS?

Ce sont quelques-unes des questions auxquelles les intervenants ont tenté de répondre en se basant sur leurs expériences propres.

L'éducation pour la santé reste le thème des journées suivantes, mais chaque fois du point de vue d'une profession ou d'une institution différente: on abordera successivement le rôle du médecin généraliste, celui du pharmacien, celui du CPAS, celui des infirmières, des organisations de soins à domicile et des hôpitaux (ces trois derniers sont regroupés en une même journée), et enfin celui des centres de placement pour handicapés et des ateliers protégés.

Les dates de ces journées seront publiées dans notre calendrier mensuel.

Méthodologie du projet

On l'a vu, chaque journée réunit des acteurs, publics, professionnels, statistiques, mais aussi des logiques de recueil de témoignages privilégiés, dynamiques, non académiques.

En aucune manière, les témoignages ne seront organisés comme sondages, statistiques, mais plutôt comme révélateurs de courants, d'intérêts, de besoins, d'enjeux ou de contradictions dans l'opinion publique.

→ Ces journées sont conçues comme des lieux d'expression plutôt que de confrontation; leur structure est la suivante:

- brève introduction de la thématique par un spécialiste de la question et l'équipe d'animateurs;

- recueil de questions relatives à la thématique (questions, inquiétudes, besoins) via un travail en sous-groupes;

- débat sous forme de questions/réponses;

- émission d'idées créatives et de recommandations constructives en direction des pouvoirs publics et des acteurs sociaux concernés.

Et après?

Les travaux des journées feront l'objet d'une synthèse tridimensionnelle:

- les questions et besoins exprimés par le public directement intéressé;

- les réponses et les pistes de travail fournies par les travailleurs de terrain;

- des recommandations structurées adressées aux pouvoirs publics.

Education Santé publiera évidemment les résultats de ces travaux, ou du moins leur synthèse, puisque à l'issue des travaux, l'ensemble des textes sera réuni dans un recueil sous forme de cahier de réflexion et de recommandations pour une politique cohérente de la Communauté française en matière d'éducation à la santé.

Après la première journée...

Nous avons recueilli, à chaud, les réactions des organisateurs à la fin de la première journée qui a réuni sur le thème du sida des enseignants, supposés vecteur privilégié d'information en direction des adolescents, et les travailleurs sociaux en relation avec des adolescents.

Première constatation: sur une

cinquantaine de participants, les enseignants étaient relativement peu nombreux: «Montrez-moi un séropositif dans mon école, et je viendrai»; telle semble être la réaction assez générale du corps enseignant. On rencontre donc ici le problème traditionnel pour toute action de prévention: les risques sont toujours ailleurs jusqu'au moment où il commence à être un peu tard pour se protéger.

Pour ceux qui sont venus, une tendance dominante se manifeste: le sida n'est qu'un élément parmi d'autres de la problématique des relations sexuelles et affectives. D'accord pour en parler, mais la question des distributeurs de préservatifs est marginale: l'essentiel est d'oser parler de l'amour, de la relation, de l'engagement, avec tout ce que cela comporte comme enrichissements et comme risques, le sida n'étant qu'un risque parmi d'autres.

Comme vous, sans doute, nous attendons impatiemment d'en savoir plus.

Renseignements: STICS asbl, rue du Chapeau 6, 1070 Bruxelles. Tél: 02/520 40 97

L'Europe contre le cancer nouveau plan d'action 1990-1994

Il est difficile aujourd'hui, du moins en Belgique, d'ignorer encore l'existence du «Code européen contre le cancer». En effet, celui-ci a bénéficié d'une publicité très importante par voie d'affiches, d'émissions de radio et de télévision, et surtout par sa reproduction dans de très nombreuses publications adressées à des publics très différents.

Ce premier plan d'action 1988-1989 a bien montré que la Communauté

européenne pouvait contribuer à renforcer l'efficacité des actions menées sur le plan national dans le domaine de la prévention. La Communauté fournit également un cadre approprié pour mener des études épidémiologiques à grande échelle.

Il a donc été décidé de mettre en oeuvre un second plan d'action, quinquennal cette fois, dans lequel la part consacrée à l'information serait quelque peu réduite au bénéfice principalement du volet «amélioration de la nutrition» et «formation des personnels de santé».

Voici les principaux thèmes de ce nouveau plan (n.d.r.l. seuls les aspects directement relatifs à l'information et à l'éducation pour la santé sont détaillés ici):

1. Prévention du cancer (y compris le dépistage)

1.A. Lutte contre le tabagisme

- Stimulation de projets d'intérêt européen relatifs à la prévention du tabagisme parmi les jeunes, les femmes, le personnel enseignant, les professionnels de la santé.

- Soutien à des actions pilotes visant à enseigner des méthodes de sevrage tabagique aux personnels de santé et aux enseignants.

- Soutien à des campagnes novatrices d'information visant à prévenir l'usage du tabac parmi le grand public et sur les lieux de travail.

1.B. Nutrition et cancer (y compris alcool)

- Elaboration et diffusion de lignes directrices en matière d'alimentation pour améliorer la prévention des cancers.

1.C. Lutte contre les agents cancérigènes

1.D. Dépistage systématique et détection précoce

1.E. Enregistrement de cancers et actions similaires

Nourritures

La grand-mère dans le frigo! L'empire agroalimentaire a déjà réussi à persuader nos enfants que les desserts en petits pots plastiques genre «Mamie Nova» étaient meilleurs que les crèmes caramel des vraies «Mamies», dans leurs charmants ramequins. D'où cette pub affichant un môme qui dit: «La grand-mère que je préfère, c'est celle qui est dans le frigo.» Une pub qui devrait faire froid dans le dos des gens du troisième âge: «Mamie Nova» dans le frigo, c'est la vraie Mamie à l'hospice, pour cause de chômage technique. Une société qui ne sait plus distinguer la crème caramel du petit pot industriel est mûre pour l'euthanasie.

Fabien Gruhier, *Quand les ingénieurs font la cuisine.*

L'alimentation nous amène chaque jour l'une ou l'autre nouveauté, si ce n'est sur notre table, du moins sur les rayons de nos supermarchés: nouveau légume, nouveau plat allégé, nouveau mode de conservation, nouveau vin nouveau, nouvel ustensile de cuisine, nouveau livre de recettes, nouvelle méthode pour maigrir... sans parler de la nouvelle cuisine qui ne l'est déjà plus tellement.

L'éducation nutritionnelle exige donc un recyclage permanent, car il ne suffit pas de tenir à jour ses tables de composition des aliments, il faut surtout comprendre pourquoi et comment les habitudes alimentaires se modifient, analyser les multiples facteurs culturels, historiques, sociologiques, psychologiques, économiques qui influencent les comportements, observer les modes, prévoir leur évolution.

Sous le titre «Nourritures, plaisirs et angoisses de la fourchette», la revue Autrement, dans la série Mutations, nous invite à une excursion dans cet univers multidimensionnel. Suivant sa méthode habituelle, elle donne la

parole, non aux techniciens patentés, mais à des spécialistes de l'observation des phénomènes sociaux, sociologues, journalistes, historiens, anthropologues, psychologues. Un seul nutritionniste a la parole: le professeur Apfelbaum, qui n'est pas là pour prêcher pour sa chapelle. Jugez-en plutôt:

«La majeure partie d'entre nous peuvent manger en toute impunité, sans obésité ni boulimie, avec une espérance de vie normale pour l'espèce. Et il convient de protéger cette majorité heureuse - bien qu'elle n'en soit pas toujours consciente - contre la terreur culpabilisante qui a tout envahi.»

Le terrorisme éducatif est d'autant plus malvenu que, toujours selon Apfelbaum, «les facteurs héréditaires sont aujourd'hui reconnus comme déterminants dans la façon dont chacun réagit dans un environnement d'abondance» et que «les progrès que l'on pourra faire désormais dans les domaines de l'hygiène de vie et de la nutrition auront pour la collectivité et sa santé des effets marginaux».

A la limite, la diététique, mal comprise, peut être à la base, dans les pays riches, d'une nouvelle psychopathologie. L'histoire des relations agitées entre «Diafoirus et Lustucru» (titre d'un article de Claude Fischler), entre la médecine et la gastronomie, n'est pas près de se terminer. «Le syndrome du maillot de bain» (article de Pascale Pynson) refait ses ravages à la fin de chaque printemps, le virus étant largement propagé par les magazines féminins. En effet, notre époque regarde l'embonpoint de travers, surtout lorsqu'il est féminin.

Pourtant, certains gros continuent à passer pour des «bons gros». «Obèse malin, obèse bénin» (également de Claude Fischler) analyse le fonctionnement de l'imaginaire social de l'embonpoint et de l'obésité.

Dans cette partie qui sous le titre «les angoisses de l'omnivore» regroupe les contributions relatives aux aspects psychopathologiques

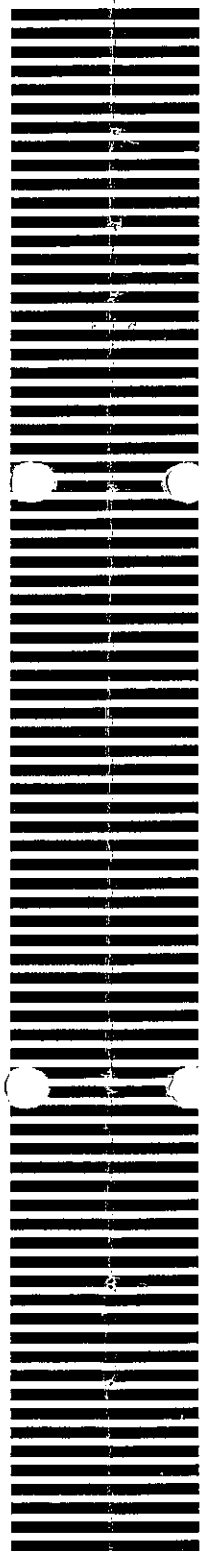
signalons encore l'articulet de Sylvie Girard consacré à une assuétude d'autant plus dangereuse qu'elle reste méconnue: «Plaisirs et risques de la chocomania».

Quittons maintenant cette partie, la seule qui aborde directement l'aspect santé. Ce qui ne signifie pas que le reste soit inintéressant pour les éducateurs que vous êtes. Loin de là. On n'attrape pas les mouches avec du vinaigre, c'est bien connu. Si on veut que les gens mangent mieux, il faut savoir pourquoi ils mangent ce qu'ils mangent, comment les goûts évoluent. C'est l'objet de la première partie qui nous invite à un «parcours en pays de goûts».

Relevons-y, entre autres, «les aventures de la douceur» où Claude Fischler nous montre combien le discours sur le sucre rappelle celui de la sexualité: médical, théologique, moralisant, répressif même; «la cuisine selon Michelin», du même auteur, qui analyse les spécialités proposées par les maisons triplement étoilées par le fameux guide rouge, et qui fait apparaître, à partir des années 70, une évolution considérable des habitudes gastronomiques: nous n'en dirons pas plus, de crainte de vous mettre l'eau à la bouche. Avec «le goût a son histoire», Jean-Louis Flandrin nous fait découvrir l'évolution des goûts du XIVe au XVIIIe siècle à travers les anciens traités culinaires: les épices jouent un rôle capital dans la gastronomie jusqu'au XVe siècle, puis connaissent un déclin progressif; les ingrédients acides suivent la même évolution pour laisser au sucre une place de plus en plus grande; les graisses, et surtout le beurre, sont de plus en plus utilisées, surtout pour les sauces.

La deuxième partie, «du nouveau dans l'assiette», dévoile quelques aspects de la véritable révolution qui se joue aujourd'hui sur nos tables avec le développement de l'industrie agroalimentaire et de l'ingénierie génétique: ce que nous mangeons n'a plus grand-chose à voir avec ce que mangeaient nos grands-parents, pour le meilleur (du côté de l'hygiène) et pour le pire (du côté du goût).

METHODES AU
SERVICE DE
L'EDUCATION
POUR LA SANTE



MICHÈLE HAP

7

**L'ENQUETE
QUESTIONN**
UNE MÉTHODE DE COL
DE DO

INFORMATIONS :

aps

MICHEL DEMARTEAU
SART-TILMAN
BÂTIMENT B23
4000 LIEGE
041/56.28.97

CONCEPTION : AGENCE A3/LIEGE

AVEC LE SOUTIEN DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE

aps

COLLECTION

L'A.P.E.S.

ASSOCIATION POUR LA PROMOTION DE L'EDUCATION POUR LA SANTE

Son objectif

Promouvoir la qualité méthodologique des programmes d'actions d'éducation et de promotion de la santé dans la Communauté Française par l'assistance méthodologique, l'information et la formation des personnes et des associations.

Ses services

LA CELLULE SCIENTIFIQUE INTERUNIVERSITAIRE DE CONSEILS EN METHODOLOGIE

Vous avez des idées, des projets.
Vous réalisez déjà des activités de promotion et d'éducation pour la santé et vous désirez en évaluer les résultats.

Notre cellule est là pour vous aider à résoudre vos problèmes selon vos besoins et vos ressources.

LA COLLECTION "METHODES AU SERVICE DE L'EDUCATION POUR LA SANTE"

En collaboration avec la revue Education Santé.

Pour plus d'informations: Michel Demarteau, A.P.E.S., Sart Tilman - Bât. B 23, 4000 Liège. Tél.: 041/56 28 97.

AVERTISSEMENT

La collection "Méthodes au Service de l'Education pour la Santé" s'adresse à toutes les personnes qui sont ou qui deviennent "éducateur pour la santé": parent, enseignant, personnel de santé, travailleur social, journaliste,...

Nous voulons les aider à découvrir et utiliser des méthodes simples et concrètes pour réussir leurs projets.

Vous trouverez, dans cette collection:

- une présentation de méthodes dans un cadre théorique;
- l'utilité de ces méthodes dans le champ de l'éducation pour la santé;
- des exemples concrets d'application;
- des références pour compléter ou approfondir votre information.

ATTENTION!

Nous avons choisi volontairement de proposer des documents brefs, faciles à consulter et à lire par un public non spécialisé. Chaque brochure ne peut, dès lors, faire le tour d'une question ni l'approfondir.

C'est au fil de la collection qu'apparaîtront la diversité et la richesse des méthodes présentées.

Chaque auteur assume la responsabilité de ce qu'il écrit.

La Cellule Interuniversitaire de Conseils en méthodologie.

Copyright: Association pour la Promotion de l'Education pour la Santé, 1990.

réponses et les aligner;

- *facile à coder*: réserver une marge pour inscrire les codes et prévoir des cases à cet effet.

c) *Précoder (*) les réponses aux questions fermées* (ne pas oublier le signalétique!) et réserver des cases (ou «colonnes») pour les codes des réponses aux questions ouvertes (cf. point 2.6.b.).

N.B. : Il est souhaitable de réaliser le précodage avec la personne responsable du traitement des données.

2.9. «Former» les enquêteurs

Lorsque le questionnaire est administré par des enquêteurs, il faut:

- *rédiger des instructions* à leur intention, expliquant comment ils doivent entrer en contact avec les répondants (avec, éventuellement, le procédé de sélection à suivre) et comment ils doivent mener les enquêtes (neutralité, ne pas expliciter les questions, ne pas suggérer de réponses);

- *les réunir* pour expliciter les instructions qui leur sont remises par écrit et commenter le contenu du questionnaire;

- *au besoin, organiser une séance de formation* à la technique d'enquête par questionnaire.

2.10. Réaliser l'enquête

Il faut encore assurer le suivi lors de la réalisation de l'enquête (garder le contact avec les enquêteurs, contrôler le renvoi des questionnaires auto-administrés, vérifier la manière dont ils ont été remplis).

EN CONCLUSION

Toutes les données obtenues au moyen du questionnaire pourront être rassemblées, traitées puis interprétées.

Toutefois, la valeur des informations recueillies pour répondre à ce que l'on voulait savoir sur le problème étudié dépendra, en fin de compte, du soin apporté à l'élaboration de l'ensemble du processus d'enquête que nous avons tenté de décrire dans ces pages.

(*) Pour une description détaillée des procédés de codification. Cf. JAVEAU C. - Op. Cit.

BIBLIOGRAPHIE

HENDRICKS F., PIETTE D. - «Une proposition de dialogue. Guide pratique sur l'entretien semi-dirigé en éducation pour la Santé.» - Collection APES, 1989.

JAVEAU Claude - «L'enquête par questionnaire. Manuel à l'usage du praticien» - Institut de Sociologie, Ed. de l'Université de Bruxelles - Les Editions d'Organisation, Paris, 3ème édition revue, 1981.

BOUDON R. - «Les méthodes en sociologie» - Collection «Que sais-je?», n° 1.334, P.U.F., Paris, 1969.

MEYNAUD H., DUCLOS D. - «Les sondages d'opinions» - Editions La Découverte, Paris, 1985.

MUCCHIELLI R. - «Le questionnaire dans l'enquête psychosociale», Librairies Techniques/Ed. Sociales françaises, Paris, 1968.

BLALOCK H.M., Jr., «Social Statistics», Mc GRAW-HILL, London/New-York, 1960.

«souvent», «penser»); focaliser chaque question sur une seule idée et donc un seul objet.

- **Ne pas suggérer** la réponse. Ne pas formuler de jugement tendancieux si la question ne requiert pas une opinion sur ce jugement; faire figurer les alternatives de réponses positives ou négatives dans la question posée; ne pas suggérer de réponses à travers d'autres questions antérieures (ou par l'ensemble du questionnaire si celui-ci est auto-administré).

- Donner une **indication précise sur la forme de la réponse** souhaitée. Formuler la question de manière à ce qu'il soit logique d'y répondre sous la forme voulue (exemple: ne pas demander «Connaissez-vous le slogan de la campagne anti-tabac?» (réponse logique: Oui/Non) mais bien «Quel est le slogan de la campagne anti-tabac?»); inscrire les indications ou consignes concernant la forme de la réponse à donner.

D) LA STRUCTURATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est un moyen pour entrer en relation avec des personnes. En quelque sorte, il peut être conçu comme un dialogue dont un des partenaires aurait standardisé son discours.

Il se structure généralement en 3 parties:

- Introduction
- Signalétique
- Questions sur le problème

INTRODUCTION

Pour établir le contact:

- présenter l'enquêteur;
- présenter l'objet de l'enquête d'une manière générale pour susciter l'intérêt du futur répondant: insister sur l'aspect «recherche d'information» (ne pas évoquer l'action d'éducation pour la santé qui est ou sera menée car son but risque d'influencer la personne interrogée);
- souligner le caractère anonyme des réponses.

Le texte d'introduction doit être poli, neutre et standardisé.

SIGNALÉTIQUE

Peut également être placé en fin de questionnaire.

Les questions d'identification y sont généralement rassemblées:

- lieu d'habitation
- sexe
- âge
- état civil

- profession, niveau d'études...

Selon le sujet de l'enquête, d'autres caractéristiques peuvent être insérées (ex.: nombre et âge des enfants, type d'habitat, études en cours...).

QUESTIONS SUR LE PROBLÈME ÉTUDIÉ

Il s'agit du corps du questionnaire.

L'ordre des questions est important et doit être établi en tenant compte de l'effet qui peut être produit par chacune d'elles.

- Commencer par des questions d'ordre général et «faciles» ou par celles qui requièrent une réponse «à froid» (exemple: connaissances spontanées des informations diffusées dans le grand public lors d'une campagne d'éducation à la santé).

- Grouper les questions sur un même thème lorsqu'elles doivent se suivre dans un ordre logique. Mais si une information doit être vérifiée par plusieurs questions, il est souvent utile de les disperser dans le questionnaire.

- Laisser «entrer» le répondant dans un sujet avant de poser des questions délicates ou qui demandent une réflexion plus approfondie sur ce sujet.

- Rassembler les questions d'opinions proposées sous forme d'une échelle d'attitudes (exemple: affirmations avec un degré d'accord à exprimer).

N.B. : Les indications ou consignes pour utiliser le questionnaire (ex.: passer à la question «x») et préciser la forme de la réponse (ex.: inscrire «x» dans la case adéquate) doivent être placées aux divers endroits appropriés.

2.7. Pré-tester le projet de questionnaire

Pour s'assurer de la qualité du questionnaire, il y a lieu de l'administrer à un échantillon réduit d'individus (une vingtaine) **faisant bien partie de la population qui a été définie pour l'enquête.**

De plus, le pré-test doit se dérouler si possible **dans les conditions qui ont été définies pour l'administration du questionnaire définitif.**

2.8. Rédiger le questionnaire définitif

Cette opération consiste à:

a) *Améliorer le contenu du questionnaire* (fond et forme) en fonction des résultats du pré-test.

b) *Effectuer la mise en page*

Le questionnaire doit être:

- facile à lire, d'aspect clair et soigné: bien séparer les questions, aérer le texte et choisir des caractères différents pour les questions et les consignes d'utilisation;

- facile à remplir: prévoir des espaces suffisants pour les

INTRODUCTION

Dans le cadre de l'éducation pour la santé, il est souvent nécessaire de recueillir des informations à divers moments de la préparation et de la réalisation d'une action: pour analyser un problème à propos duquel on envisage d'agir, pour élaborer une stratégie et choisir des modes d'action, ou encore pour évaluer les effets d'une intervention.

De plus, si l'on veut faire de la prévention sur base d'une conception globale de la santé, les informations à rassembler se situent dans des domaines variés et les méthodes d'investigation sont multiples. (*)

En particulier, lorsqu'il s'agit de «sensibiliser» une population ou un groupe d'individus pour les amener, par exemple, à améliorer ou à modifier leurs habitudes alimentaires, il y a lieu de connaître les différents facteurs qui influencent et qui induisent ces conduites.

Pour ce faire, on peut effectuer une **recherche documentaire** pour obtenir les données existantes sur le sujet (par exemple: données statistiques sur la composition de la population, données épidémiologiques, etc...). La pratique sur le terrain peut permettre d'effectuer des **observations** enregistrées d'une manière plus ou moins systématique.

On peut également réaliser des **interviews individuels** ou en groupe avec des membres de la population considérée pour comprendre comment ils appréhendent le problème de l'alimentation, etc...

Cependant, tous ces éléments ne suffisent pas toujours pour cerner et décrire les multiples variables qui sous-tendent les conduites individuelles.

En conséquence, on envisage de **mener une enquête auprès de la population visée** afin de recueillir des informations qui aideront à répondre à des questions telles que, par exemple: Qu'est-ce que les individus connaissent sur la nutrition et l'équilibre alimentaire? Comment perçoivent-ils l'alimentation? Quelles valeurs lui associent-ils? Quelles sont leurs attitudes et leurs motivations en la matière? Quelles sont leurs habitudes «déclarées»? Est-ce que les éléments exprimés varient d'une personne à l'autre et quelles sont les caractéristiques individuelles qui s'y associent ou permettent de prédire ces variations? Ou à l'inverse, est-ce que divers sous-groupes (déterminés, par exemple, en fonction du sexe ou de l'âge) expriment des attitudes différentes?

De plus, si on a réalisé une action, on désirera savoir également si elle a été perçue par une part importante du public, par quel type de personnes elle l'a été davantage, comment elle a été accueillie, s'il est probable qu'elle ait produit certains effets et sur qui, etc...

(*) Cf. dans la même collection, DEMARTEAU M., «L'A.P.P.R.E.T., une technique pour construire des programmes d'éducation à la santé» qui décrit les facteurs à prendre en compte pour l'élaboration de programmes et recense diverses sources d'information à exploiter.

Pour obtenir ces informations, il faudra donc **interroger des individus appartenant à la population étudiée** et, pour pouvoir comparer et rassembler les réponses obtenues, il faudra **poser à chacun des questions identiques, formulées de la même manière et le faire dans des conditions d'enquête les plus semblables possibles.**

Ceci requiert donc de **mettre au point un processus d'enquête par questionnaire standardisé** permettant de recueillir des données quantifiables.

L'objet du présent document est d'expliquer de manière simple quels sont les **principes et éléments à prendre en compte et quelles sont les principales étapes nécessaires pour élaborer une stratégie d'enquête et rédiger le questionnaire** qui en sera l'outil de collecte des données. (*)

L'exposé se structure en deux parties:

1. Principes et champ d'application de l'enquête par questionnaire.
2. L'élaboration d'une stratégie d'enquête comprenant la réalisation d'un questionnaire.

1. PRINCIPES ET CHAMP D'APPLICATION DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE

1.1. Définition

L'enquête par questionnaire est un moyen pour **recueillir des informations:**

- **au sujet** d'une population ou d'un groupe de personnes;
- **et de la part** d'individus faisant partie de cette population ou de ce groupe;
- **en entrant en relation** avec chacun de ces individus;
- de la **manière** la plus **standardisée** possible;
- par le biais d'un **système de questions-réponses.**

Cette méthode de collecte de données constitue donc à la fois un **moyen de communication** et un **outil de connaissance.** Elle permet d'obtenir des réponses individuelles à des questions posées, mais non pas de faire des observations «objectives» sur des faits réels.

En principe, les réponses exprimées par un individu sont:

- indépendantes de celles des autres personnes interrogées;

(*) Le traitement et l'exploitation des données quantitatives recueillies selon cette méthode font l'objet d'un document de la même collection (à paraître).

- dépendantes du sujet de la question, des caractéristiques individuelles que l'on veut mettre en évidence par cette question, et aussi de sa formulation, du contexte ou des conditions d'enquêtes dans lesquelles elle est posée, de la manière dont l'individu questionné perçoit la tâche qui lui est demandée.

1.2. Les types d'informations appréhendées au moyen de l'enquête par questionnaire

Il faut distinguer:

- les informations que l'on veut obtenir par l'enquête sur les facteurs qui s'associent et/ou induisent les conduites individuelles;

- les informations que l'on peut obtenir par les types de questions posées.

A) LES FACTEURS INDUCTEURS DES CONDUITES INDIVIDUELLES

D'une manière simplifiée, une conduite, ou un ensemble de comportements dans un domaine particulier de l'activité humaine (par exemple: la nutrition ou la consommation de boissons), peut être induite par les trois catégories de facteurs suivants:

- les caractéristiques individuelles objectives (que l'on ne peut modifier par une action): l'âge, le sexe, les facteurs héréditaires,...

- les facteurs socio-culturels comprenant:

* les caractéristiques sociales de l'individu: profession, revenu, niveau d'instruction, habitat, composition du ménage,...

* les représentations, les croyances, les normes et valeurs socialement transmises,...

* les pratiques socialement valorisées, les traditions, les rôles sociaux (par exemple être mère de famille peut conférer un rôle de responsabilité concernant la santé des enfants; les traditions culinaires peuvent varier selon l'habitat ou le milieu socio-culturel...).

- les variables personnelles évolutives (qui peuvent être modifiées par une action):

* les connaissances

* la perception des expériences personnelles antérieures (par exemple expérience de conduite en état d'ivresse et sans problème)

* les attitudes

* les motivations, les valeurs, les aspirations...

L'enquête par questionnaire permet de **mettre en évidence et de décrire**:

- des éléments faisant partie de ces trois catégories de

facteurs;

- les conduites et les habitudes comportementales telles qu'elles sont déclarées par les personnes interrogées.

Toutefois, elle ne permet pas d'appréhender les comportements en tant que faits d'observation.

B) LES TYPES DE QUESTIONS À POSER

En fonction de leur contenu, les questions utilisées dans un questionnaire peuvent être classées en trois catégories:

- les questions de connaissances,

- les questions d'opinions,

- les questions d'identification des individus.

Les questions de connaissances portent sur des aspects d'une réalité ou d'un problème qui peuvent être objectivés et décrits en utilisant des éléments d'un savoir reconnu comme tel par ceux qui conçoivent l'enquête (par exemple, connaître la quantité d'alcool contenu dans un verre de bière, la définition du terme «oligo-élément» telle qu'elle a été donnée dans un cours, le slogan d'une campagne anti-tabac).

Elles fournissent des indices sur le niveau de connaissances des répondants à propos de divers objets étudiés. Les réponses obtenues à ces questions peuvent être jugées bonnes ou mauvaises, exactes ou inexactes, par rapport à une réponse préétablie et considérée comme modèle pour l'évaluation.

Les questions d'opinion portent sur des éléments à étudier qui peuvent être appréhendés d'un point de vue personnel et subjectif.

Elles permettent d'obtenir des informations sur:

* les opinions, avis ou préférences exprimés avec plus ou moins de conviction ou de constance sur le sujet de la question;

* les attitudes, c'est-à-dire des dispositions ou tendances plus profondément installées qu'une simple opinion. Elles peuvent être révélées par des réponses à plusieurs questions d'opinions qui varient en bloc (par exemple, une attitude active à l'égard de sa propre santé peut être déduite de plusieurs réponses d'opinion telles que croire à l'importance du mode de vie, juger utiles des examens médicaux préventifs, être partisan de l'exercice physique...);

* les valeurs, les attentes, les motivations, les intentions d'agir...;

* les habitudes et comportements déclarés dans la mesure où leur description provient d'une évaluation subjective effectuée par la personne interrogée à propos de sa propre conduite.

En principe, les réponses obtenues ne sont pas jugées comme étant «bonnes» ou «mauvaises», mais on évalue la fréquence des diverses opinions exprimées, leur degré d'ancrage ou de fermeté, le niveau de cohérence des attitudes, des comportements déclarés, etc...

Exemple: Quel est votre loisir préféré?

* lecture

* cinéma

* sorties avec des copains

* T.V.

* marche

* natation...

Les propositions doivent être différentes en fonction d'un seul critère ou élément.

- On peut aussi lui demander d'évaluer chacune des réponses proposées (ceci s'apparente aux échelles d'attitude - cf. plus loin).

Exemple: donner à chaque loisir proposé ci-dessus une cote de 1 à 10 (1 = pas aimé/10 = très aimé).

Ou encore, on lui fait classer les réponses proposées les unes par rapport aux autres.

Exemple: faire classer les loisirs proposés par ordre de préférence: 1 celui que l'on préfère en 1er lieu, 2 celui que l'on préfère en 2ème lieu,...

On obtient de la sorte une échelle construite par le répondant.

- Les réponses proposées peuvent être des propositions ordonnables au préalable les unes par rapport aux autres.

Dans ce cas, on peut construire deux types d'échelles:

Les échelles d'intervalles

Exemple: Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

* moins d'1 par jour

* 1 à moins de 5

* 5 à moins de 15

* 15 et plus.

Lors de la constitution d'une telle échelle, il faut veiller à ce que les intervalles constitués par les réponses possibles ne se recouvrent pas, mais il faut aussi que l'ensemble des propositions couvre la totalité de l'échelle.

Les échelles ordinales

Elles comprennent des alternatives de réponses qui peuvent être rangées en fonction d'un critère défini (exemple: un degré d'importance ou d'intensité).

Elles sont couramment utilisées au niveau des questions d'opinions.

Pour ce faire, on constitue un ensemble de réponses qui s'ordonnent sur une échelle d'attitude.

On utilise très souvent la technique ci-après.

On exprime une opinion que l'on présente comme une affirmation.

Exemple: «Un jeune se met à fumer pour faire comme ses copains». «Une fête sans alcool n'est pas une fête».

On demande au répondant d'exprimer son degré d'accord en fonction de cinq alternatives:

- tout à fait d'accord

- plutôt d'accord

- ni d'accord ni pas d'accord

- plutôt pas d'accord

- pas d'accord du tout.

N.B.: Les «degrés» d'intensité n'ont pas une valeur absolue et peuvent être interprétés différemment par les individus. Pour mettre en évidence une attitude, on propose une série d'opinions sur un même sujet et on demande, successivement pour chaque opinion, le degré d'accord du répondant.

La formulation des affirmations à proposer doit être effectuée avec soin. En particulier, il faut veiller à ce que la phrase ne comporte pas plusieurs idées ou notions différentes. Dans le cas contraire, on ne peut savoir sur laquelle de ces idées une personne interrogée a exprimé son opinion et les réponses ne peuvent être rassemblées ni comparées.

Nous nous bornerons à la description des quelques types de questions ci-dessus car ils nous semblent être les plus courants et d'une utilisation relativement simple.

Pour explorer ce sujet d'une manière plus exhaustive, les références d'ouvrages à consulter sont reprises en annexe.

C) LA FORMULATION DES QUESTIONS

Les questions contenues dans un questionnaire standardisé doivent posséder les qualités suivantes.

- **Compréhensibles.** Employer des mots connus, un langage adapté au type de personnes interrogées (âge, niveau socio-culturel); construire des phrases simples et courtes, dont le sens est facile à comprendre.

- **Précises.** Employer les termes exacts en fonction de l'objet de la question (exemple: «souhaiter» ne veut pas dire la même chose que «avoir l'intention de»); dans les échelles, utiliser des termes indiquant une grandeur, une durée d'intensité précise (exemple: «1 fois par semaine» et non pas «régulièrement»).

- **Non ambigus** et donc compréhensibles par tous de la même manière. Eviter les termes vagues et ceux qui peuvent avoir plusieurs significations selon les individus (exemple: «croire»,

TYPES D'INFORMATIONS A RECUEILLIR

	Connaissances	Attitudes		Motivations	Conduites		
		Images Représentations	Jugements Avis Préférences		Valeurs Raisons Intention	Expérience antérieure	Fréquence
Thèmes à aborder liés directement ou non au problème							

B) LES TYPES DE QUESTIONS À CHOISIR

Selon leur **sujet et leur objet**, les questions peuvent prendre diverses formes. Il faut donc déterminer pour chaque question la forme qui paraît être la plus adéquate en tenant compte en même temps du **mode d'administration** du questionnaire qu'il est possible d'adopter et de la nécessité de **codifier** les données.

Les questions peuvent être:

- **ouvertes**
- **fermées à choix binaire**
- **fermées à choix multiple**

LES QUESTIONS OUVERTES

- *Aucune réponse n'est proposée au répondant* et celui-ci s'exprime donc selon la forme qu'il désire, en utilisant ses propres termes.

- Elles sont surtout utilisées lorsque l'on veut savoir comment les individus expriment une idée ou définissent un sujet et pour faire expliciter ou justifier une réponse donnée précédemment à une question fermée.

- Le dépouillement des réponses obtenues est long car on ne peut pas les codifier à l'avance.

- Pour les rassembler, on réalise un «*code-book*»: on prélève un échantillon de réponses obtenues, on les répertorie, on rassemble les réponses similaires et on codifie celles qui apparaissent le plus fréquemment. On peut alors codifier l'ensemble des réponses obtenues, en constituant une catégorie «divers» pour les réponses rares.

- Toutefois, lorsque le questionnaire est administré oralement et si certains types de réponses peuvent être prévus, on les note sur le questionnaire et on les pré-codifie, mais l'enquêteur ne les propose pas au répondant.

LES QUESTIONS FERMÉES

Les réponses possibles sont pré-établies et pré-codifiées (avec, parfois, une catégorie supplémentaire classée «autres ou divers»).

Le répondant doit choisir la réponse qui correspond le mieux à sa pensée. Le choix proposé peut être **binaire** ou **multiple**.

Dans tous les cas, il faut également prévoir une *catégorie* ou un *code pour enregistrer les non-réponses* («ne sait pas», «sans opinion»,...).

- FERMÉES À CHOIX BINAIRE

Il y a *deux alternatives* de réponses proposées:

Exemple: oui/non (+ ne sait pas), vrai/faux

- On les utilise surtout lorsque les questions portent sur *des faits, des connaissances*.

Exemple : Avez-vous déjà fumé, ne fut-ce qu'une fois? Oui - Non Le sucre est un glucide. Vrai - Faux

- Elles ne permettent pas d'obtenir des informations nuancées sur les opinions ou les connaissances des personnes interrogées.

- Elles sont souvent suivies par des sous-questions pour approfondir le même sujet et qui ne sont posées qu'à une partie des répondants. Elles constituent alors des «questions filtres».

- FERMÉES À CHOIX MULTIPLE

Ces questions comportent plus de deux alternatives de réponses proposées.

Il est possible de les structurer de diverses manières.

- *Les réponses proposées peuvent être des propositions distinctes que l'on ne peut ordonner directement les unes par rapport aux autres. On demande au répondant de choisir une ou plusieurs réponses.*

Les **questions d'identification** ont pour objet de connaître les **caractéristiques individuelles objectives** et les **caractéristiques sociales** des personnes interrogées. Elles portent sur des éléments que l'on peut considérer comme des «faits» qui ne sont pas ou peu modifiables directement par l'action que l'on compte mener ou que l'on mène déjà.

En général, ces questions sont rassemblées dans une partie définie du questionnaire appelée **signalétique** ou «fiche d'identification du répondant». Elles permettent de ranger les personnes interrogées dans diverses catégories, de comparer les données recueillies par catégorie (par exemple, classement par sexe, par classe d'âge, par catégorie socio-professionnelle) ou encore d'identifier les individus qui donnent les mêmes réponses à une ou plusieurs questions (par exemple, qui sont les personnes qui disent avoir l'intention de suivre une formation proposée?).

C) L'UTILISATION DES RÉPONSES OBTENUES

Les réponses exprimées par les personnes interrogées constituent des **indices** qui peuvent être utilisés pour **décrire des caractéristiques d'un individu et celles du groupe étudié**.

Ces indices peuvent être **évalués**, au niveau individuel, **par rapport à des réponses** dont la signification a été **pré-établie** en fonction de **critères extérieurs** à la personne interrogée. Par exemple on décide à l'avance que le fait de déclarer être «tout à fait d'accord» avec l'interdiction de fumer dans les écoles dénote d'un degré «x» (à définir) de sensibilisation au problème du tabagisme; on fixe les éléments constitutifs d'une «bonne» réponse à une question de connaissance.

On peut aussi **comparer** et **ranger** les réponses individuelles pour définir la composition du groupe par rapport à ces critères extérieurs.

Ces indices permettent **d'identifier** et de **décrire** divers **facteurs et variables personnelles** qui pourraient intervenir au niveau des conduites individuelles. Par exemple un jeune de 16 ans déclare que «sortir avec des copains» est «son plaisir préféré» et, par ailleurs, il dit «boire de la bière tous les jours».

Les liaisons entre les réponses d'un individu à des questions distinctes et la nature de ces liaisons ne sont pas données directement par le questionnaire. Il y a des «blancs» entre les éléments exprimés et pour pouvoir estimer les relations possibles entre ceux-ci, il faut **rassembler** et **comparer** les réponses obtenues dans le groupe.

De la sorte, on obtient la **fréquence d'une réponse** à une question donnée et on peut également connaître la **fréquence des corrélations entre plusieurs réponses**.

Les informations obtenues par questionnaire permettent ainsi **d'estimer les probabilités pour qu'il existe des relations entre des facteurs identifiés et pour que ceux-ci soient prédicteurs d'une certaine conduite individuelle**.

Toutefois, ces seules données ne suffisent pas pour comprendre et expliquer les mécanismes selon lesquels se structurent ces conduites. Pour effectuer cette **démarche compréhensive**,

il faut utiliser une méthode d'enquête qualitative basée sur l'**entretien libre** ou semi-dirigé, individuel ou en groupe (*)

De plus, si les réponses à un questionnaire peuvent fournir des indicateurs au sujet des conduites et des habitudes, elles ne sont pas à considérer comme des descriptions de **comportements réels** des individus; ceci requiert de recourir à une méthode **d'observation** «sur le terrain».

N.B.: Lorsque l'on veut, en particulier, explorer des sujets en rapport avec la santé (ou l'hygiène...), il est très important de tenir compte de ces restrictions.

En effet, il arrive souvent que les individus sachent ce qu'il faut faire, quels sont les pratiques recommandées. Ils déclarent donc comme étant leurs «habitudes» personnelles une norme qu'ils jugent valorisante mais qu'ils ne suivent pas complètement dans leur vie quotidienne. Exemple: il est difficile de savoir par une simple question standardisée à quelle fréquence la personne interrogée se brosse les dents car «tout le monde sait» qu'il faut le faire «au moins une fois par jour» et cette personne peut craindre de s'avouer «malpropre» ou «négligente si elle reconnaît ne pas le faire. Pour analyser un problème dans le domaine de la santé, il est souvent nécessaire d'utiliser plusieurs méthodes de collecte de données de manière complémentaire.

A partir de ces quelques éléments, on voit que la **méthode d'enquête par questionnaire s'applique à un champ de connaissance spécifique**. Il faut donc être conscient de ses limites et préciser ce que l'on cherche à savoir pour décider de la choisir ou non comme outil d'investigation.

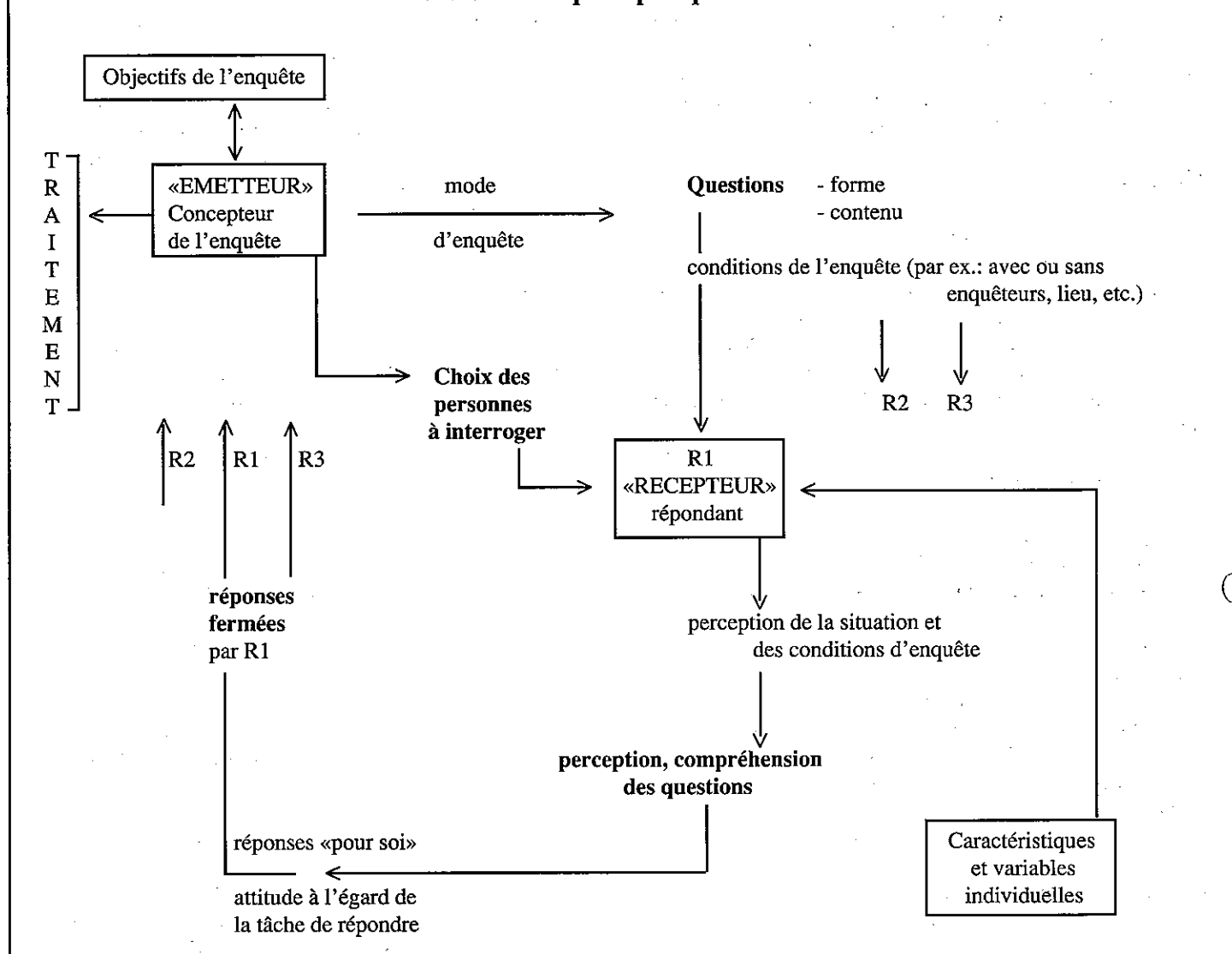
De plus, le principe de cette méthode est **d'entrer en relation** avec des individus faisant partie du groupe que l'on désire étudier de sorte que la **qualité des informations** qui pourront être recueillies va dépendre à la fois du **choix des personnes interrogées** et du **processus de communication mis en oeuvre**, c'est-à-dire des divers éléments constitutifs du **processus d'enquête**.

1.3. Les éléments constitutifs du processus d'enquête par questionnaire

Pour mener une enquête par questionnaire, il ne suffit pas de rédiger une liste de questions et de les poser au hasard des rencontres ou à des personnes qui semblent «avoir envie» de s'exprimer sur un sujet. Il faut mettre au point un processus d'enquête intégré en tenant compte des divers éléments qui le constituent et qui peuvent être schématisés comme suit.

(*) Un document traitant de cette méthode est disponible dans la même collection. Cf. HENDRICKX F., PIETTE D., «Une proposition de dialogue. Guide pratique sur l'entretien semi-dirigé en éducation pour la Santé.», Collection APES, 1989.

Processus d'enquête par questionnaire



Lorsque l'on interroge une personne, on voudrait idéalement pouvoir capter des réalités « constantes et objectives » qui soient propres à cette personne et indépendantes de la situation d'enquête. Or, ce que l'on obtient, c'est une réponse exprimée dans un contexte donné et en réaction à une question posée de l'extérieur.

En fait, la tâche qui est demandée au répondant consiste à :

- accepter de communiquer dans un système questions-réponses;
- se poser à lui-même les questions posées, les comprendre et y réfléchir;
- accepter d'exprimer la réponse qu'il se fait à lui-même avec sincérité;
- traduire fidèlement la réponse sous la forme requise dans le questionnaire.

Dès lors, la valeur des réponses obtenues va dépendre non

seulement du contenu des questions mais aussi de leur formulation et des conditions dans lesquelles elles sont posées.

Ceci requiert donc **d'établir avec soin le contenu et la forme du questionnaire et de définir en même temps la manière dont il doit être administré.**

De plus, les informations recueillies auprès de chaque individu doivent être **comparables** et, pour ce faire, il faut **standardiser la formulation des questions et les conditions d'enquête.**

Enfin, la **validité** (mesurer ce que l'on veut mesurer) et la **fiabilité** (les conditions dans lesquelles les données sont valables et leur degré de précision) des données pour mettre en évidence les caractéristiques d'un groupe d'individus dépendent du **choix, défini au préalable, de l'ensemble des personnes à interroger.**

Tout ceci revient donc à élaborer une **stratégie d'enquête** en fonction des objectifs de la collecte de données.

pour explorer les connaissances et les réactions spontanées;

* les réponses écrites permettent d'utiliser des échelles d'attitudes, des questions à choix multiples nombreuses, etc.;

* on n'obtient pas nécessairement les réponses propres à un individu si on ne peut contrôler les conditions d'administration du questionnaire;

* toutes les questions doivent être indépendantes.

- Ce questionnaire peut être distribué, mais il faut donner des consignes précises pour effectuer cette distribution.

- Lorsqu'il est *envoyé par la poste*, il faut tenir compte des éléments suivants:

* on obtient les réponses d'un ménage et non d'un individu;

* les refus de l'enquête sont nombreux sauf si les personnes interrogées sont fortement concernées par le sujet abordé (par ex. : les membres d'une association que l'on interroge sur des thèmes en rapport avec les activités de cette association);

* les délais pour le renvoi des questionnaires sont à fixer.

- En général, ce mode d'enquête est moins coûteux que lorsqu'on doit rémunérer des enquêteurs.

La définition des conditions d'enquête consiste aussi à effectuer une **planification** de son déroulement.

- décider du **nombre de phases d'enquête**. Exemple : un questionnaire «avant» et «après» une action à évaluer;

- fixer les périodes de collecte des données (moment et durée);

- prévoir la formation des enquêteurs;

- prévoir le moment et les délais pour le dépouillement des questionnaires...

Dans son ensemble, la préparation d'une enquête par questionnaire est à considérer comme étant la mise au point d'un véritable programme d'action.

2.6. Elaborer un projet de questionnaire

Un questionnaire standardisé représente à la fois :

- un **«instrument de mesure»** destiné à obtenir des réponses ou **indices comparables**;

- un **mode de communication** avec des individus qui possèdent un certain niveau de compétence pour comprendre et répondre à une question et qui doivent pouvoir être **sincères et fidèles** à leur pensée en y répondant.

L'élaboration d'un projet de questionnaire requiert donc une certaine expérience, de l'imagination et beaucoup de **rigueur pour prendre distance par rapport à sa propre conception du problème**, aux intuitions ou convictions que l'on peut avoir et qui sont à remettre en cause et à vérifier.

Pour réaliser cette démarche, il est souvent utile de constituer un petit groupe de réflexion - comprenant si possible la personne qui sera responsable du traitement des données - pour faire l'inventaire des contenus à explorer et formuler des ébauches de questions.

Tous les éléments qui ont été décrits précédemment sont à prendre en compte pour construire le questionnaire, c'est-à-dire :

- les types d'informations que l'on peut recueillir par cette méthode d'enquête (cf. point 1.2.);

- le caractère relatif des réponses individuelles (cf. point 1.3.);

- les objectifs de la collecte de données et les hypothèses de travail (cf. point 2.2.);

- les informations que l'on possède déjà (cf. point 2.1.) et les résultats éventuels d'une pré-enquête par entretien (cf. 2.2.);

- les moyens disponibles pour le traitement des données (cf. point 2.1.);

- le type de population à étudier (cf. point 2.3.) (exemple: quels milieux, quels niveaux d'âge,...);

- les conditions d'enquête que l'on peut choisir en même temps (cf. point 2.5.).

Sur base de ces données, il faut alors :

- définir le contenu des questions;

- choisir la forme des questions (ouvertes ou fermées, types de réponses prévus);

- formuler les questions.

A) LE CONTENU DES QUESTIONS

Les objectifs de la collecte des données, les hypothèses de travail et les informations que l'on possède sur le problème étudié vont permettre de :

- faire un inventaire des **thèmes** à aborder pour cerner le problème et des divers **sujets** des questions;

- définir les **types** d'information à recueillir sur chaque sujet, c'est-à-dire les **objets** des questions. Qu'est-ce que l'on veut savoir sur chaque sujet à aborder? Veut-on explorer les connaissances? Obtenir des jugements? Faire exprimer des préférences, des motivations? Faire décrire des conduites, leur fréquence, leurs circonstances?

Ceci revient à chercher et à déterminer des **indicateurs** ou des **«révélateurs»** pour mettre en évidence les informations que l'on veut obtenir.

La recherche des contenus du questionnaire peut être effectuée à partir de la grille suivante.

On obtient des portraits-types d'individus à sélectionner et on fixe le nombre de personnes de chaque type qu'il faudra recruter pour que l'échantillon ait la même structure que la population de référence.

Exemple: y filles et x garçons de 12 à 15 ans fréquentant une école technique. Il faut que le recrutement des personnes à interroger soit effectué d'une manière honnête et selon un procédé pré-établi pour éviter d'introduire des biais dans l'échantillon (exemple: se limiter à interroger les voisins ou les collègues de travail qui correspondent aux quotas).

N.B.: Il existe encore d'autres techniques et variantes pour sélectionner un échantillon, mais il serait trop long de les exposer dans ce document synthétique. (*)

Enfin, il faut noter que les personnes que l'on désire interroger sont libres d'accepter ou non de participer à l'enquête de sorte qu'il est nécessaire de prévoir une «réserve» en construisant l'échantillon.

Exemple: dans le cas d'une enquête postale, la «réserve» est particulièrement importante car on peut estimer qu'il n'y a que 30 à 50% des questionnaires qui sont renvoyés par les répondants.

2.5. Choisir un mode d'enquête

Il est indispensable de standardiser au maximum les conditions d'enquête pour que les informations recueillies soient comparables (cf. 1.3.).

En conséquence, il y a lieu de choisir un mode d'enquête déterminé et de préciser toutes ses modalités.

Ce choix est à faire en fonction:

- des caractéristiques des individus à interroger;
- des types de questions que l'on veut poser en fonction des objectifs de l'enquête;
- de la longueur du questionnaire;
- des moyens disponibles (ex.: possibilité ou non d'utiliser des enquêteurs, budget, délais,...).

Cette étape est donc à effectuer en même temps que l'élaboration d'un projet de questionnaire (cf. point 2.6.).

L'administration du questionnaire peut s'effectuer de diverses manières:

- par l'intermédiaire d'un enquêteur ou auto-administré;
- avec des réponses orales ou écrites;

- le lieu de l'enquête peut varier selon les caractéristiques des personnes à interroger (le domicile, l'école, un lieu de travail,...) mais il doit être semblable pour tous.

Chaque méthode possède ses avantages et ses limites à prendre en compte pour décider de la choisir ou non.

LES PRINCIPAUX MODES D'ENQUÊTE

A) QUESTIONNAIRES ADMINISTRÉS PAR UN ENQUÊTEUR

- avec contact de «personne à personne»:

* pour poser des questions de connaissances et d'opinions spontanées;

* pour obtenir un grand nombre d'informations nuancées, approfondir un sujet et pouvoir l'analyser;

* ce sont les enquêtes réalisées au domicile des répondants qui peuvent comprendre le plus de questions, être les plus longues (1/2 heure à 3/4 d'heure), mais elles sont aussi les plus coûteuses;

* elles sont difficiles à réaliser dans un délai court, à moins de disposer de nombreux enquêteurs;

* en général, les réponses sont orales et consignées par l'enquêteur, mais il est parfois utile de prévoir des réponses écrites (par ex.: lorsqu'on demande au répondant d'effectuer un classement ou de se situer sur une échelle d'attitude);

* l'attitude de l'enquêteur peut influencer les réponses.

- avec contact par téléphone:

* pour poser des questions de connaissances et d'opinions spontanées (par ex.: évaluer l'impact d'une campagne d'éducation pour la santé largement diffusée dans le grand public);

* ces enquêtes sont peu adéquates pour obtenir des réponses par classement, par échelles d'attitudes ou par choix entre de nombreuses alternatives;

* à utiliser pour *décrire* plutôt que pour analyser;

* la population est limitée aux individus ayant le téléphone;

* leur durée ne peut excéder le quart d'heure;

* elles sont moins coûteuses que les enquêtes à domicile, mais les refus de répondre sont plus fréquents (plus ou moins 30% pour un tirage aléatoire);

* elles peuvent être réalisées dans des délais courts;

* l'enquêteur a peu d'influence sur les réponses.

B) QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ PAR LE RÉPONDANT

* pour poser des questions d'opinions «réfléchies» plutôt que

2. L'ELABORATION D'UN PROCESSUS D'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE

2.1. Décider de mener une enquête par questionnaire

Définir l'objet de l'enquête: étudier QUOI? A propos de QUI? A quoi vont servir les informations?

Faire l'inventaire des moyens disponibles et des contraintes: délais, budget, ressources matérielles et humaines.

Rechercher les informations existantes: QUOI? Sont-elles suffisantes?

2.2. Déterminer les objectifs et les hypothèses de travail

Avec éventuellement une pré-enquête par entretien. Que veut-on savoir? Que voudrait-on montrer et comparer?

2.3. Déterminer la population considérée pour l'enquête

A quel groupe les répondants doivent-ils appartenir?

2.4. Construire l'échantillon

Choisir un mode de sélection.

Définir la taille de l'échantillon.

2.5. Choisir un mode d'enquête

Choisir le mode d'administration du questionnaire en fonction des types de répondants à contacter, des objectifs de l'enquête.

Planifier l'enquête: nombre de phases, lieu, moment, délai, contacter les enquêteurs éventuels, prévoir le dépouillement.

2.6. Elaborer un projet de questionnaire

Cela doit se faire parallèlement à 2.5.

Faire une liste des contenus: sujets et objets des questions.

Choisir les formes des questions: ouvertes (réponses libres) ou fermées, types de réponses prévus...

Mettre les questions en forme et rédiger les consignes pour répondre.

Structurer le questionnaire: introduction, ordre des questions, signalétique.

2.7. Pré-tester le projet de questionnaire

(auprès d'un échantillon restreint de personnes ayant les mêmes caractéristiques que les futurs répondants et dans les mêmes conditions d'enquête).

2.8. Rédiger le questionnaire définitif

Améliorer le questionnaire si nécessaire.

Mettre en page.

Précoder les questions.

2.9. Former les enquêteurs

Rédiger les instructions destinées aux enquêteurs.

Les réunir pour un briefing et, si besoin, une formation à la technique d'enquête.

2.10. Réaliser l'enquête par questionnaire

Suivre le déroulement de l'enquête.

NE PLUS RIEN CHANGER DES QUESTIONS ET DES CONDITIONS D'ENQUETE.

2.1. Décider de mener une enquête par questionnaire

Un processus d'enquête par questionnaire ne s'improvise pas. Pour décider d'adopter cette méthode, il faut rassembler les éléments dont on peut disposer en se posant les questions suivantes:

OBJET - Quel est le problème que l'on veut étudier et pour quoi faire?

MOYENS - Quels sont les moyens disponibles pour effectuer une enquête?

DONNEES DE BASE - Quelles sont les informations qui existent déjà sur ce problème?

A) L'OBJET DE L'ENQUÊTE

Il est nécessaire de définir et d'énoncer clairement le problème que l'on voudrait étudier et de préciser son champ d'extension.

Exemple: si l'on veut étudier «la consommation d'alcool des jeunes», il faut se demander:

- Que veut-on savoir sur cette consommation? Connaître les quantités consommées? Les attitudes et les habitudes? Les facteurs de risque? etc...

- Qu'est-ce qu'on entend par «jeunes»? De quel âge? De quels milieux? En quel endroit?

- Que veut-on faire avec ces informations? Veut-on préparer une action? Quelle action et dans quel but?

Veut-on évaluer une action menée et laquelle?

On peut alors énoncer l'objet de l'enquête comme étant par exemple: «Étudier les attitudes et habitudes des jeunes de 15 à 18 ans de la Province de Luxembourg concernant la consommation de boissons alcoolisées».

B) L'INVENTAIRE DES MOYENS DISPONIBLES

Construire et réaliser une enquête par questionnaire requièrent du temps, de l'argent, des compétences et des moyens maté-

(*) Cf. JAVEAU, C., «L'enquête par questionnaire. Manuel à l'usage du praticien», Institut de Sociologie. Ed. de l'Université de Bruxelles - Les Editions d'Organisation, Paris, 3ème éd. revue, 1981.

riels.

L'inventaire des moyens disponibles - et donc des contraintes - est à effectuer en fonction de l'objet de l'enquête.

- Quel est le **budget** qui pourra être consacré à l'enquête?

- Dispose-t-on d'un **temps** suffisant pour la réaliser correctement? Dans quels délais faudra-t-il la réaliser?

- Au niveau des **ressources humaines**:

Quelles sont les *compétences* et *l'expérience* des promoteurs pour élaborer l'enquête? Peut-on faire appel à des personnes expérimentées? (par exemple: cellule méthodologique de l'APES). Peut-on avoir l'aide d'un statisticien pour le codage et le traitement des données?

Pourra-t-on utiliser des *enquêteurs* et combien? Sont-ils bénévoles ou non? Faudra-t-il les former ou ont-ils déjà une bonne pratique des techniques d'enquête?

- Au niveau des **moyens matériels**

Comment pourra-t-on *traiter* les données? Dispose-t-on d'un ordinateur, d'un logiciel pour faire le traitement?

Comment pourra-t-on *imprimer* le questionnaire? etc...

Quels sont les documents dont on dispose? Listes de personnes, documents sur le problème traité (cf. point c)

De plus, il faut également se demander quelles sont les démarches à faire, les personnes-relais à utiliser pour entrer en contact avec le type de population que l'on veut étudier.

Exemple: autorisations à demander dans les écoles pour interroger les élèves.

C) LA RECHERCHE D'INFORMATIONS

Le rassemblement des informations existantes sur le problème permet:

- de décider s'il est nécessaire de mener une enquête par questionnaire: est-ce que les données existantes répondent aux questions que l'on se pose? Peut-on réutiliser les résultats d'une enquête menée sur le problème à étudier?

- de préciser davantage l'objet de l'enquête.

De plus, ces données pourront être utilisées pour définir les objectifs de la collecte de données et formuler des hypothèses de travail lorsqu'on aura décidé d'effectuer l'enquête.

2.2. Déterminer les objectifs et les hypothèses de travail

Cette étape consiste à réaliser une analyse préliminaire du problème à étudier.

Il s'agit de:

- faire le point à partir des informations que l'on possède déjà;

- **décomposer le problème** en ces divers éléments;

- **formuler des hypothèses** sur les différents facteurs et variables qui peuvent entrer en jeu et devront être explorés;

- **faire l'inventaire des questions que l'on se pose** sur le problème.

Il faut également rechercher les éléments qui pourront être des **indicateurs** pour mettre en évidence un facteur particulier.

Exemple:

Quels sont les facteurs socio-culturels qui interviennent dans la consommation d'alcool chez les jeunes?

Peut-on les mettre en évidence à partir d'éléments tels que le type d'études effectuées, la profession des parents, la consommation dans la famille, les loisirs pratiqués?

Quels sont les éléments qui pourraient indiquer un certain niveau de sensibilisation au problème de l'alcoolisme?

Est-ce que l'on veut évaluer la proportion de jeunes qui consomment régulièrement de l'alcool?

Quelles sont les habitudes qui peuvent constituer des facteurs de risque?

La description des objectifs et la formulation d'hypothèses de travail pertinentes vont ensuite permettre de définir la population à étudier, de construire un échantillon et de choisir un mode d'enquête. C'est également à partir de cette étape de réflexion à effectuer de manière rigoureuse que l'on pourra élaborer le contenu du questionnaire.

Notons en supplément que, dans certains cas, la définition des objectifs nécessite d'effectuer une **pré-enquête qualitative** par entretiens individuels ou en groupe lorsqu'on ne dispose pas de données suffisantes sur les diverses composantes du problème. De plus, les résultats de cette pré-enquête sont très utiles pour savoir comment les gens s'expriment et par conséquent, pour formuler les questions à poser.

2.3. Déterminer la population

La population ou «univers» de l'enquête est **l'ensemble des individus**:

- sur lesquels on désire recueillir des informations;

- qui **possèdent tous une ou plusieurs caractéristiques communes**;

Exemple: les individus âgés de 15 à 18 ans habitant dans la Province de Luxembourg.

La population considérée pour l'enquête doit être définie avec précision en fonction des **objectifs de la collecte des données** et des **hypothèses de travail**: ce que l'on veut étudier et ce que l'on veut faire avec les informations à recueillir.

Exemple: si l'on désire connaître la proportion de personnes qui ont «vu» une campagne d'affichage destinée au grand public dans une région, la population est l'ensemble des habitants de la région. Par contre, s'il s'agit d'analyser les différences d'attitudes selon le sexe à l'égard des campagnes d'éducation à la santé, on peut limiter la population considérée à celle de quelques communes (à déterminer).

Il y a donc lieu de savoir si l'on veut principalement **décrire** ou **analyser**.

2.4. Construire l'échantillon

L'échantillon est l'ensemble des personnes à interroger au moyen de l'enquête et faisant partie de la population pré-définie.

L'échantillon doit être **représentatif** de la population, c'est-à-dire qu'il doit rendre une image en réduction de celle-ci.

Il faut donc construire l'échantillon de manière à ce que les diverses caractéristiques des individus à interroger s'y trouvent dans les mêmes proportions que dans la population de référence.

Exemple: 52% de femmes et 48% d'hommes dans le pays.

De plus, le **degré de précision** ou le **niveau de probabilité pour que l'échantillon soit représentatif de cette population** est fonction de sa **taille**, c'est-à-dire du nombre d'individus qu'il contient.

Pour établir un échantillon, il faut considérer:

- **les objectifs de l'enquête et les hypothèses de travail**;

- **le type de population considérée**;

- **les caractéristiques des individus qu'il est indispensable de prendre en compte** en fonction de ce que l'on cherche à savoir;

Exemple: Quelles sont les comparaisons que l'on veut faire? A partir de quelles variables?

Peut-on considérer la population comme étant homogène ou bien faut-il y définir des sous-groupes?

- **les moyens disponibles** pour le construire: listes de personnes, statistiques sur la population;

- **le mode d'enquête** qu'il est possible de choisir en fonction des ressources.

La construction de l'échantillon comporte deux opérations:

- **déterminer sa taille**;

- **choisir un mode de sélection**;

A) LA TAILLE DE L'ÉCHANTILLON

La taille de l'échantillon se définit en fonction de la théorie

mathématique des **probabilités**.

Elle ne dépend pas de la taille de la population à étudier mais:

- du **degré d'homogénéité de cette population** telle qu'elle est considérée pour le sujet de l'étude et donc du **nombre de variables** à prendre en compte;

- du **degré de précision** que l'on veut atteindre au niveau des estimations.

Dans le cas des échantillons pris au hasard (aléatoire), **son degré de précision** pour reproduire les caractéristiques de la population **augmente en fonction de sa taille** (plus précisément, en fonction de la racine carrée de celle-ci: un échantillon doit être accru 100 fois pour être 10 fois plus précis).

Par principe, il faut considérer que si l'on veut étudier des sous-groupes faisant partie d'un échantillon, **aucun de ces sous-groupes ne peut comporter moins de 30 personnes**.

Exemple: pour étudier des habitudes de consommation à la fois par sexe et par classe d'âge et croiser ces deux variables, l'échantillon doit être suffisamment important pour obtenir une précision acceptable au niveau de chacun des sous-groupes déterminés.

B) LE MODE DE SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON

- **Le tirage au hasard**

Ce type de sélection s'opère principalement lorsque l'on considère la population comme étant **assez homogène en fonction des éléments à étudier** et si l'on possède des **listes complètes** de cette population (exemple: registres communaux, liste des élèves d'une école, abonnés au téléphone).

Dans ce cas, il faut fixer un **procédé systématique de tirage** au hasard.

- **Echantillons stratifiés**

Lorsque la population n'est pas homogène ou si l'on veut comparer des sous-groupes distincts, on commence par découper cette population en **strates** et sélectionner ensuite des échantillons dans chaque strate.

Exemple:

- on sélectionne des élèves du secondaire dans chacun des réseaux d'enseignement;

- dans une école, on veut évaluer l'effet d'une animation menée dans certaines classes de 6ème: on découpe la population de 6ème en deux strates: les classes de 6ème ayant participé à l'animation et celles qui n'y ont pas participé et on choisit des échantillons dans les deux groupes.

- **Sélection par quotas**

On choisit certaines caractéristiques principales de la population, on détermine leur fréquence respective et la manière dont ils se combinent.