
DÉPARTEMENT

de santé communautaire

WA
900
DC2.2
S34
C688
1988

INSPQ - Montréal



3 5567 00007 3723



Hôtel-Dieu de Roberval
140, Avenue Lizotte,
Roberval, Québec
G8H 1B9 tél. (418) 275-0110

**DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE
HOTEL-DIEU DE ROBERVAL**

**ENQUÊTE SUR LES BESOINS DE LA
POPULATION ADULTE EN INFORMATION
SOCIO-SANITAIRE**

- Module no 1 : Protocole de recherche
- Module no 2 : Caractéristiques socio-démographiques et habitudes
de vie
- Module no 3 : Les champs d'intérêt
- Module no 4 : Les problèmes d'information
- Module no 5 : Les connaissances
- Module no 6 : Les moyens d'information

Par: Régis Couture
Conseiller en recherche

Mai 1988.

REMERCIEMENTS

Les résultats de la présente étude sont le fruit d'un important travail d'équipe ayant regroupé tous les professionnels de l'information socio-sanitaire, oeuvrant en santé communautaire sur le territoire du DSC de Roberval.

Leur dynamisme, leur encouragement constant et leur précieuse connaissance du domaine ont permis de venir à bout de cette recherche originale. Il faut remercier plus particulièrement:

- Mme Michèle Boivin, agente d'information au CLSC des Prés-Bleus;
- Mme Claude Boudreault, agente d'information au DSC de Roberval;
- M. Paul Elias, agent d'information au CLSC des Grands-Bois;
- M. Gervais Fortier, agent d'information au DSC de Roberval;
- Mme Céline Gagnon, agente d'information au CLSC Le Norois;
- M. Michel Roy, agent d'information au CLSC des Prés-Bleus;
- et M. Jacques Villemure, agent d'information au CLSC des Chutes.

De plus, l'enquête est redevable, au plan des contenus, aux efforts de réflexion consentis par les intervenants de santé communautaire du DSC et des CLSC.

Régis Couture
Conseiller en recherche

RC/CB/fg.

1988-05-19.

TABLE DES MATIÈRES : Module no 1

Protocole de recherche

INTRODUCTION	p. 3
1.0 Problématique	p. 5
- objectifs de la recherche	p. 5
- hypothèses de travail	p. 6
2.0 Méthode d'enquête	p. 7
3.0 Instrument de collecte des données	p. 10
4.0 Plan d'échantillonnage	p. 10
- population d'enquête	p. 10
- base d'échantillonnage	p. 10
- type d'échantillon	p. 11
- taille d'échantillon	p. 12
- choix du plan d'échantillonnage	p. 14
5.0 Devis opérationnel	p. 14
- échéancier	p. 14
- prévisions budgétaires	p. 16
ANNEXE I -Liste des variables	p. 18
ANNEXE II -Plan d'interprétation	p. 27
BIBLIOGRAPHIE	p. 35

TABLE DES MATIÈRES : Module no 2

Caractéristique socio-démographiques et habitudes de vie

Liste des tableaux.....	p.3
Liste des figures.....	p.4
Préface.....	p.5
Introduction.....	p.6
 Faits saillants.....	 p.7
1 Analyse de la représentativité de l'échantillon.....	p.11
1.1 Taux de réponse.....	p.11
1.2 Certaines caractéristiques personnelles.....	p.12
1.2.1 Age.....	p.13
1.2.2 Sexe.....	p.13
1.2.3 Sclarité.....	p.13
1.2.4 Etat civil.....	p.14
2 Les caractéristiques de l'échantillon.....	p.14
2.1 Distribution géographique.....	p.14
2.2 Age et sexe.....	p.15
2.2.1 Distribution selon l'âge.....	p.15
2.2.2 Distribution selon le sexe.....	p.16
2.3 Dimension économique (sclarité, occupation et statut socio-économique).....	p.16
2.3.1 La sclarité.....	p.16
2.3.2 L'occupation principale.....	p.17
2.3.3 Le statut socio-économique.....	p.19
2.4 Situation familiale.....	p.19
2.5 Vie communautaire.....	p.20
3 Les habitudes de vie.....	p.21
3.1 Tabagisme.....	p.22
3.1.1 Type de fumeur.....	p.22
3.1.2 Consommation de cigarettes.....	p.23
3.2 Consommation d'alcool déclarée.....	p.25
3.3 Petit déjeuner.....	p.29
3.4 Circulation automobile.....	p.30
3.5 Activité physique.....	p.31
 4. Un indice de risque à partir des habitudes de vie.....	 p.32
5. Conclusion.....	p.34
5.1 Degré d'atteinte des objectifs.....	p.34
5.2 Discussion des résultats.....	p.35
5.3 Stratégie d'interventions.....	p.38
5.3.1 Tabac.....	p.39
5.3.2 Alcool.....	p.40
5.3.3 Déjeuner.....	p.41
5.3.4 Port de la ceinture de sécurité.....	p.41
5.3.5 Activité physique.....	p.42
 Bibliographie.....	 p.73

TABLE DES MATIÈRES : Module no 3

Les champs d'intérêt

Avertissement au lecteur	p. 2
Préface	p. 3
1 Introduction.....	p. 4
2 Les champs d'intérêt privilégiés	p. 6
2.1 Thèmes prioritaires	p. 6
2.2 Thèmes d'intérêt secondaire	p. 8
2.3 Thèmes de peu d'intérêt	p. 8
3 Les champ d'intérêt selon certaines clientèles-cibles	p. 9
3.1 District socio-sanitaire	p. 10
3.2 Sexe	p. 11
3.3 Age	p. 12
3.4 Scolarité	p. 15
3.5 Statut socio-économique	p. 16
3.6 Enfants à la maison	p. 17
3.7 Clientèles spécifiques à la demande	p. 18
4 Profil de chaque champ d'intérêt	p. 19
4.1 Les thèmes prioritaires	p. 19
4.2 Les thèmes d'intérêt secondaire	p. 22
4.3 Les thèmes de peu d'intérêt	p. 25
5 Conclusion.....	p. 28
6 Bibliographie	p. 45

TABLE DES MATIÈRES : Module no 4
Les problèmes d'information

Préface	p. 3
1. Introduction	p. 4
2. Degré de connaissance sur le réseau	p. 5
2.1 Connaissance de chaque organisme	p. 5
2.1.1 Le C.R.S.S.S.	p. 5
2.1.2 Le C.S.S.	p. 6
2.1.3 Le C.L.S.C.	p. 6
2.1.4 Le C.H.	p. 6
2.2 Degré de connaissance du réseau	p. 7
3. Information sur son CLSC	p. 8
3.1 Nom du CLSC	p. 8
3.2 Accessibilité géographique	p. 9
3.3 Points de service permanents	p. 10
3.4 Clientèle privilégiée	p. 11
3.5 Place de la prévention	p. 12
3.6 Intérêt pour l'information des C.L.S.C.	p. 13
4. L'utilisation des CLSC	p. 14
4.1 Utilisation des C.L.S.C.	p. 14
4.2 Raisons de non-utilisation	p. 16
5. Accessibilité de l'information	p. 18
5.1 Information sur les services des C.L.S.C.	p. 18
5.2 Santé en général	p. 19
5.3 Information sociale	p. 19
6. Conclusion	p. 20

TABLE DES MATIÈRES : Module no 5

Les connaissances

Préface	p.4
Introduction	p.5
1.1 éléments de connaissances	p.6
1.2 Indice de connaissances en premiers soins	p.8
2 Connaissances sur les méthodes contraceptives.....	p.9.
2.1 Profil des méthodes contraceptives	p.10
2.2 Sources d'information	p.10
2.3 Indice de connaissances en contraception	p.11
3 Connaissances en nutrition	p.13
3.1 Eléments de connaissances	p.13
3.2 Indice de connaissances en nutrition	p.15
4 Connaissances en santé infantile	p.17
4.1 Eléments de connaissances	p.17
4.2 Indice de connaissances en santé infantile	p.18
5 Connaissances sur les maladies vénériennes	p.20
5.1 Eléments de connaissances	p.20
5.2 Indice de connaissances sur les maladies vénériennes	p.21
6 Connaissances diverses	p.23
7 Niveau de connaissances générales	p.26
8 Données non-étudiées ailleurs	p.28
8.1 Les tests féminins	p.28
8.1.1 Test de Papanicolaou	p.29
8.1.2 L'examen des seins par un professionnel	p.30
8.1.3 Fréquence de l'auto-examen des seins	p.31
8.2 La fluoration de l'eau	p.32
8.2.1 Fluoration de l'eau de sa municipalité	p.33
8.2.2 La fluoration de l'eau réduit de moitié les risques de carie dentaire	p.33
8.2.3 Utilisation de pâte-à-dents fluorée	p.34
8.2.4 Opinion sur la fluoration	p.34
8.3 Comparaison entre les indices sectoriels.....	p.36
9 Conclusion.....	p.37
9.1 Liste des situations problématiques.....	p.37
9.2 Conclusions générales.....	p.39
Bibliographie.....	p.32

TABLE DES MATIÈRES : Module no 6

Les moyens d'information

Préface	p. 5
Introduction	p. 6
1 Les médias privilégiés par les répondants	p. 7
1.1 Ensemble des répondants	p. 7
1.2 Selon certaines sous-populations	p. 8
2 Les médias écrits	p. 8
2.1 Les hebdomadaires	p. 9
2.1.1 Progrès-dimanche	p. 10
2.1.2 La Sentinelle	p. 11
2.1.3 L'Etoile du Lac	p. 12
2.1.4 Le Point	p. 13
2.1.5 Le Lac St-Jean	p. 13
2.1.6 Les sections thématiques	p. 14
2.2 Les quotidiens	p. 20
2.2.1 Le Quotidien	p. 21
2.2.2 Le Journal du Québec	p. 22
2.2.3 Les sections thématiques	p. 23
3 La radio	p. 24
3.1 Fréquence d'écoute	p. 24
3.2 Les heures d'écoute	p. 25
3.3 Les stations de radio	p. 26
3.3.1 Chibougamou	p. 26
3.3.2 Roberval	p. 27
3.3.3 Dolbeau	p. 27
3.3.4 Alma	p. 27
4 La télévision	p. 28
4.1 Période d'écoute	p. 28
4.1.1 L'avant-midi (9:00-12:00hres)	p. 29
4.1.2 Le midi (12:00-13:00hres)	p. 30
4.1.3 L'après-midi (13:00-17:00hres)	p. 30
4.1.4 Au souper (17:00-19:00hres)	p. 31
4.1.5 En soirée (19:00-23:00hres)	p. 31
4.1.6 La nuit (après 23:00hres)	p. 31
4.2 Emissions du midi	p. 31
4.3 Télévision communautaire	p. 32
4.3.1 Télévision par câble	p. 33
4.3.2 Écoute de la T.V. communautaire	p. 33
5 Le stand dans un lieu public	p. 35
5.1 Participation à un kiosque d'information	p. 35
5.2 Circonstance du kiosque	p. 35
5.3 Contenu du stand	p. 37
6 Certaines alternatives	p. 39
6.1 Bulletin paroissial	p. 40
6.2 Affiches dans un endroit public	p. 41
6.3 Matériel provenant des CLSC	p. 42
7 Conclusion	p. 43

0
0
0
0

LES BESOINS DE LA POPULATION ADULTE EN INFORMATION SOCIO-SANITAIRE

Module no 1
Protocole de recherche

Octobre 1983

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p. 3
1.0 Problématique	p. 5
- objectifs de la recherche	p. 5
- hypothèses de travail	p. 6
2.0 Méthode d'enquête	p. 7
3.0 Instrument de collecte des données	p. 10
4.0 Plan d'échantillonnage	p. 10
- population d'enquête	p. 10
- base d'échantillonnage	p. 10
- type d'échantillon	p. 11
- taille d'échantillon	p. 12
- choix du plan d'échantillonnage	p. 14
5.0 Devis opérationnel	p. 14
- échancier	p. 14
- prévisions budgétaires	p. 16
ANNEXE I -Liste des variables	p. 18
ANNEXE II -Plan d'interprétation	p. 27
BIBLIOGRAPHIE	p. 35

PRÉFACE

L'enquête sur les besoins en information socio-sanitaire de la population adulte région Lac St-Jean-Chibougamau (02-B) s'est traduite par un volumineux rapport (plus de 300 pages). Afin de faciliter la tâche du lecteur, l'auteur a réparti ce document en six (6) modules indépendants traitant chacun une composante de la recherche. Ainsi, le lecteur intéressé à un aspect spécifique des besoins en information pourra consulter le module de son choix, dans un premier temps.

Cependant, l'auteur exhorte tout lecteur sérieux, qui désire appréhender le domaine de l'étude au complet, à découvrir l'ensemble des modules.

Le module #1, plus technique, décrit en détail les méthodes de recherche utilisées pour l'enquête et constitue en fait le protocole de recherche.

Le module #2 analyse les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon étudié et certaines habitudes de vie. On y retrouve les données relatives à l'âge, au sexe, au statut socio-économique, au tabagisme et à l'exercice physique, entre autres des répondants.

Le module #3 trace un profil détaillé des thèmes relatifs au domaine socio-sanitaire et établit leur classement sur une échelle ordinale décroissante (du premier au dernier).

Le module #4 valide les problèmes d'information socio-sanitaire tels que décrits lors de l'étape de consultation des intervenants du milieu et tente d'évaluer leur prévalence dans la population.

Le module #5 évalue les connaissances de base que tout le monde devrait posséder (toujours selon les intervenants socio-sanitaires) dans des domaines tels que les premiers soins, le développement de l'enfant, la contraception...

Le module #6 sera particulièrement utile aux fins de programmation. Il analyse en détail les divers moyens d'information régionaux traditionnels (journal, radio...) et certaines ressources alternatives (bulletins, kiosques, assemblées...) en mettant l'accent sur la segmentation des marchés. Il permettra d'identifier les médias appropriés aux diverses clientèles-cibles et aux divers besoins.

INTRODUCTION

Depuis leur création, le Département de Santé Communautaire (D.S.C.) de Roberval et les divers Centres Locaux de Services Communautaires (le C.L.S.C. des Grands-Bois, district socio-sanitaire de Chibougamau; Le C.L.S.C. des Prés-Bleus, district de Roberval; le C.L.S.C. des Chutes, district de Dolbeau et le C.L.S.C. Le Norois, district d'Alma) se sont dotés de structures d'information de la population de la région 02.

Ces structures d'information se résument jusqu'ici à l'engagement d'un agent d'information qui voit essentiellement à la promotion des activités de ces divers établissements, à la création d'une image publique et au maintien des relations avec les médias. Cependant, des programmes d'information et d'éducation sanitaire, pour être vraiment efficaces, devraient se baser sur des données plus complètes que les simples opinions des professionnels ou les services dispensés par les établissements. C'est à ce problème que veut répondre la présente recherche.

En février 1980, lors d'une réunion des directeurs de ces établissements, la décision fut prise de créer un comité régional de coordination en information sanitaire. Ce comité formé des agents d'information de chaque établissement possède le mandat de coordonner l'action de ses membres vers des objectifs communs.

Dès les premières réunions, les membres constataient que, dans chaque établissement, les activités d'information se contentent de répondre aux demandes ponctuelles des autres programmes ou services sans faire partie d'un programme propre bâti à partir des besoins identifiés chez la population. Par conséquent, le comité de coordination se fixait comme tâche primordiale l'étude des besoins en information socio-sanitaire de la population de la région 02-B (1).

En raison des efforts d'information et d'éducation énormes consacrés à la population des jeunes en milieu scolaire, la présente recherche concernera uniquement la population adulte (18 ans et plus).

Le présent document constitue le protocole de recherche et se divise en cinq chapitres.

Le premier chapitre dresse la problématique de l'enquête. Après une brève revue de la littérature, les objectifs de recherche et les hypothèses de travail seront définis.

Le second chapitre décrira la méthode de recherche utilisée pour atteindre ces objectifs.

Le troisième chapitre sera consacré au plan d'échantillonnage prévu pour l'enquête.

Le quatrième chapitre décrira l'instrument de cueillette des données élaboré pour l'enquête: définition des variables étudiées, plan d'interprétation et analyse question par question.

Le cinquième chapitre, enfin, présente un plan de travail détaillé qui constitue le devis opérationnel de l'enquête: échéancier, tâches à accomplir et prévisions budgétaires.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1 Revue de la littérature:

Les données tirées d'une revue de la littérature portant sur l'information sanitaire en D.S.C. ou C.L.S.C. sont très rares et difficilement exploitables. Dans les établissements contactés, la situation se résume à celle décrite en introduction. Partout, les programmes d'information se bornent à la publicité des services offerts.

Quant à l'éducation sanitaire, le gros des activités est réservé à la population des jeunes en milieu scolaire et à la femme enceinte, avec de rares tentatives auprès des personnes âgées.

Ces programmes sont fondés dans la plupart des cas sur les services à annoncer ou les opinions et perceptions des professionnels. On ne fait nulle part mention d'une consultation de la population visée.

Les rapports que nous avons consultés concernant des sujets spécifiques - sources d'information de la mère sur l'allaitement du nourrisson (2), principale source d'information sur le cours prénatal (3), perception et connaissance de la vocation des établissements du réseau (4) - difficiles à investir dans une recherche globale visant tous les aspects de l'information.

1.2 Objectifs de la recherche:

Aucune recherche ne peut aboutir à des résultats acceptables si les résultats visés ne sont d'abord clairement définis. La présente section énumère les objectifs qui ont conditionné la démarche entreprise.

Les divers objectifs que poursuit la présente recherche peuvent être regroupés sous un même but: "obtenir les données nécessaires à la planification rationnelle de l'information sanitaire". Un objectif général précise ce but: "faciliter la priorisation de l'information sanitaire à dispenser ainsi que le choix des moyens pertinents" (1). L'atteinte de ces résultats mènera à la construction d'une programmation en information socio-sanitaire et à l'élaboration d'une stratégie nouvelle d'approche de la population. Les objectifs spécifiques, au nombre de six (6), décrivent de façon plus précise les résultats escomptés de cette consultation populaire.

Dans un premier temps, l'enquête désire mesurer le degré d'intérêt de la population envers les divers sujets d'information (ou d'éducation) socio-sanitaire qui lui seront soumis sous forme d'une liste exhaustive. Un classement hiérarchique des sujets sera établi.

Comme second objectif, l'enquête évaluera la prévalence de certains problèmes d'information identifiés empiriquement par des professionnels de la santé communautaire. La priorisation de ces problèmes permettra de déterminer les actions les plus urgentes.

Un troisième objectif est de mesurer certaines connaissances de base que la population devrait avoir. Les faiblesses identifiées permettront de mieux planifier le contenu de l'information à dispenser.

Par un quatrième objectif, la recherche vise à identifier les habitudes de consommation des divers médias de façon à mieux orienter le choix des moyens à prendre en fonction des segments de population à toucher et de la nature de l'information à passer.

L'identification des caractéristiques personnelles des répondants constitue un cinquième objectif. Ces caractéristiques croisées avec les autres variables énumérées permettront de stratifier les résultats et d'apporter certaines hypothèses explicatives à la façon d'une étude de marché traditionnelle.

Enfin, à titre de sixième objectif, l'étude espère vérifier un certain nombre d'hypothèses de travail qui permettront d'élaborer une stratégie d'approche appropriée à chaque situation.

1.3 Hypothèses de travail:

Il serait fastidieux d'énumérer ici de façon exhaustive chaque hypothèse soulevée lors des travaux préliminaires à la recherche. Nous n'aborderons que les hypothèses ayant influencé l'élaboration de la méthode de recherche.

Un de nos principaux postulats de base veut que les besoins ne sont pas les mêmes d'un district socio-sanitaire à l'autre. Vérifier cette hypothèse implique la stratification géographique de l'enquête et exige un degré de précision comparable des données provenant de chaque district de C.L.S.C..

D'autre part, les données tirées d'autres enquêtes permettent de croire que les répondants féminins montreront un plus grand intérêt pour l'information et auront généralement de meilleures connaissances. Il est permis de croire également que les jeunes, les gens instruits et ceux des classes socio-économiques supérieures auront plus d'intérêt et plus de connaissances sur les sujets reliés à la santé (4).

De plus, nous analyserons en profondeur les liens existant entre divers segments de la population et les moyens d'information privilégiés. Il sera intéressant de vérifier, entre autres, si l'information écrite touche moins les gens peu instruits et les personnes âgées, s'il y a adéquation entre la connaissance des points de chute des C.L.S.C. et les personnes âgées ou entre les services des C.L.S.C. et les défavorisés par exemple.

Enfin, il serait fastidieux de dresser ici l'inventaire exhaustif de toutes les hypothèses à vérifier. Cependant, la consultation du plan d'interprétation en annexe renseignera le lecteur sur les hypothèses et les tests envisagés.

2. MÉTHODE D'ENQUÊTE

La méthode d'enquête choisie pour atteindre les objectifs de recherche consiste en une consultation postale au moyen d'un questionnaire auto-complété.

Le questionnaire fut élaboré à la suite d'un colloque qui a réuni à Roberval une quarantaine d'intervenants des domaines sociaux et sanitaires. La tâche de ces personnes consistait à identifier les problèmes d'information et les manques de connaissances de la population face à leurs divers secteurs d'activité.

Ce type de méthode possède plusieurs avantages dans la situation présente par rapport à l'enquête à domicile ou à l'entrevue téléphonique (5,6,7,8,9,10). Cette méthode est environ deux fois moins coûteuse que l'entrevue à domicile. Les gens répondent plus franchement et de façon plus réfléchie car il n'y a pas d'interaction avec un intervieweur. Le taux de réponse théorique est satisfaisant (60-90%) lorsque l'on respecte une stratégie bien intégrée (9). L'encadrement logistique et la supervision du personnel requis sont moins lourds que pour les autres méthodes. Il est possible d'utiliser un questionnaire plus long et plus précis. L'échantillon peut être plus facile à atteindre et donc plus représentatif.

La figure 1 (page 9) trace un organigramme détaillé de la méthode d'enquête envisagée. Le stade 1 consiste en l'envoi postal des questionnaires à l'ensemble de l'échantillon. Le taux de réponse attendu est de 30-45%.

Au stade 2 (premier rappel), une carte postale est expédiée à l'ensemble de l'échantillon pour rappeler aux gens de retourner leur questionnaire et remercier ceux qui l'ont déjà fait. Cet envoi se fait sept (7) à dix (10) jours après le stade 1 et devrait porter le taux de réponse à 50-65% (15-20% supplémentaires). Il sera possible de faire quelques jours plus tard, un téléphone de suivi aux gens qui n'auront pas répondu.

Au stade 3 (second rappel), quinze (15) à vingt (20) jours après l'envoi initial, une lettre, enregistrée de préférence, accompagnée d'un second exemplaire du questionnaire, sera postée aux membres de l'échantillon n'ayant pas répondu. Le taux de réponse devrait être porté à 60-75% (10-15% de plus) avec cette opération. Encore une fois, un téléphone de suivi effectué au bout de quelques jours pourrait accroître sensiblement le nombre de répondants.

Si les chercheurs désirent augmenter encore le taux de réponse, un quatrième stade est prévu. Il s'agit d'un troisième ou quatrième rappel consistant en une entrevue téléphonique (ou à domicile) destinée à compléter directement le questionnaire. Les données ainsi obtenues devraient être distinguées des autres afin de rendre possible la comparaison des résultats. Les gains de réponse supplémentaires sont évalués à 5-10% pour chaque rappel, ce qui porterait le taux de réponse global à environ 75-90%.

Figure 1 - Méthode d'enquête: approche stratégique

		Taux de réponse anticipé (cumulatif)
Stade 1	Enquête postale	30-45%
	<i>Téléphone de suivi</i>	
Stade 2	1er rappel (carte)	50-65% (15-20%)
Stade 3	2ème rappel (lettre enregistrée + questionnaire)	60-75% (10-15%)
	<i>Téléphone du suivi</i>	
Stade 4	3ème rappel - téléphone* ou - entrevue*	70-80% (5-10%)
	4ème rappel - téléphone ou - entrevue	80-90% (5-10%)
: possibilité: questionnaire distribué à domicile (ex.: scouts) et recueillis 3 jours plus tard.		
* : téléphone: jusqu'à 5 appels en une semaine entrevue: jusqu'à 2 visites en une semaine		

3. INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNÉES

Le questionnaire original utilisé pour la cueillette des données relatives à la présente enquête apparaît très volumineux (115 questions, 257 éléments d'information).

La validation du questionnaire auprès de bénéficiaires et d'intervenants a permis de modifier ou d'éliminer plusieurs portions de ce questionnaire.

Le questionnaire est fermé en ce sens que la majorité des questions fournissent un choix de réponses parmi lesquelles doit se situer le répondant. Certaines questions servent à la construction d'échelles de type Likert et le devis d'interprétation devra être approprié (10,11,12,13).

L'annexe 1 (page 19) présente la liste exhaustive des variables alors que l'annexe 2 (page 28) concerne le plan d'interprétation des données. Le questionnaire est disponible sur demande à l'auteur.

4. PLAN D'ÉCHANTILLONNAGE

Le présent chapitre présente toutes les considérations qui ont mené au choix d'un échantillon approprié aux objectifs de la présente recherche, entre autres la base d'échantillonnage, le type et la taille théorique de l'échantillon (14-15).

4.1 Population d'enquête:

Telle que définie ailleurs (1), la population couverte par la présente étude se limite aux adultes (18 ans et plus) habitant le territoire géographique du D.S.C. de Roberval à l'intérieur du champ de juridiction des quatre (4) C.L.S.C. concernés. Sont donc exclus tous les jeunes de moins de 18 ans ainsi que les populations adultes autochtones.

La taille de la population ainsi définie apparaît au tableau 1 (page 14).

4.2 Base d'échantillonnage:

La base d'échantillonnage constitue la clef de voûte sur laquelle repose tout le processus de sélection d'un échantillon. En fait, il s'agit d'une liste,

aussi exhaustive que possible, des éléments membres de la population à l'étude.

Dans le cas qui nous intéresse, une seule base d'échantillonnage valable correspond à la population désirée: la liste électorale provinciale des municipalités concernées.

Une base d'échantillonnage est parfaite si chaque élément de la population sondée apparaît sur la liste, à une seule reprise, et qu'aucun élément étranger n'y figure.

Dans le cas de la liste électorale, les imperfections dépendent de l'âge de cette liste. La Loi exigeant une révision aux deux (2) ans, on peut estimer cette erreur à environ 0-15% tout dépendant de l'âge. Ces erreurs sont dues essentiellement aux migrations extra-régionales et aux décès survenus depuis la dernière révision ainsi qu'aux immigrants récents et aux jeunes ayant dernièrement atteint leur dix-huitième année.

4.3 Type d'échantillon:

Le choix d'un type d'échantillon s'effectue en tenant compte de quatre critères: la cohérence avec les objectifs de l'enquête, la précision désirée, la capacité physique de réaliser le sondage et l'efficacité théorique du modèle choisi.

La contrainte principale relative aux objectifs demeure de bien représenter chaque district socio-sanitaire de façon à pouvoir comparer les résultats inter-districts. Le seul moyen de parvenir à cette fin sera de stratifier les résultats de l'enquête selon le district, sans cela le district de Chibougamau, beaucoup moins peuplé, ne sera pas représenté suffisamment. La strate se définit comme une subdivision distincte de la population sondée à l'intérieur de laquelle un échantillon séparé est sélectionné. Il est ensuite possible de pondérer les valeurs de chaque strate pour former un estimé global de la population entière. Chaque strate constitue un sous-échantillon indépendant qui peut bénéficier d'une fraction échantillonnale et de méthodes de sélection, d'estimation et d'observation différentes.

La précision recherchée est mesurée par l'erreur-type due à un échantillonnage. Le calcul de cette erreur-type suit des lois mathématiques bien définies et dépend du niveau de confiance recherchée, de la proportion de la caractéristique étudiée et de la taille de l'échantillon (14-15). Le tableau 1

(page 13) montre certains taux d'erreur-type en fonction de ces paramètres.

La capacité physique réfère à la facilité relative de réaliser un plan d'échantillonnage tel que déterminé au départ (de traduire en termes opérationnels un modèle théorique). Dans le cas d'une enquête par correspondance, ce facteur demeure peu important, indépendamment du modèle d'échantillonnage.

Le mode d'échantillonnage choisi sera donc le tirage au sort des individus de façon systématique (avec départ au hasard) à partir de la liste électorale de chaque municipalité, sur une base stratifiée non-proportionnée selon le district socio-sanitaire. Les résultats globaux pour le D.S.C. seront pondérés à partir des données stratifiées selon des facteurs de correction respectifs d'environ 0.41 pour Chibougamau, 1.05 pour Roberval, 0.90 pour Dolbeau et 1.64 pour Alma.

Enfin, le concept d'efficience théorique concerne ici le gain comparatif d'un échantillon stratifié par rapport à l'échantillon probabiliste simple. Aux fins de la présente étude, la stratification de l'échantillon selon le district socio-sanitaire double la précision (soit un gain d'au moins 100%). On peut aussi parler d'un effet de plan (design effect) de 0.5.

4.4 Taille de l'échantillon:

Le tableau 1 (page 13) mentionne trois hypothèses de taille échantillonnale calculées à partir de la formule conventionnelle (celle d'un échantillon aléatoire simple dans chaque district socio-sanitaire) (14,15,16):

$$n = \frac{t^2 PQ}{\varepsilon^2} \left[1 + \frac{1}{N} \frac{(t^2 PQ - 1)}{2} \right]$$

où t=valeur de la distribution normale correspondant au niveau de confiance désiré (ici 95%; t= 1.96);

P= proportion attendue de la caractéristique;

Q= 1 - P;

ε = l'erreur-type acceptée;

N= la taille de la population d'où l'échantillon sera tiré.

Tableau 1 -

Tailles d'échantillon pour une variable répandue à 40%
(ex.: le tabagisme)

District	Population	Erreur- type	Limites pour P=40%	Taille d'un échantillon	Fraction sondée
Chibougamau	8515	3%	37-43	914	1:9
		4.5%	35.5 - 44.5	(432)	1:18
		5%	35 - 45	353	1:24
Roberval	21703	3%	37 -43	978	1:22
		4.5%	35.5 - 44.5	(446)	1:49
		5%	35 - 45	363	1:60
Dolbeau	18754	3%	37 - 43	971	1:19
		4.5%	35.5 - 44.5	(445)	1:42
		5%	35 - 45	362	1:52
Alma	33947	3%	37 - 43	994	1:34
		4.5%	35.5 - 44.5	(449)	1:76
		5%	35 - 45	365	1:93
DSC	82919	1.5%	38.5 - 41.5	3857	1:21
		2.25%	37.75 - 42.25	(1772)	1:46
		2.5%	37.5 - 42.5	1443	1:56

Ainsi, dans la première hypothèse, la taille globale de l'échantillon pour le D.S.C. serait de 3857 avec une précision de 1.5% et une fraction sondée de une (1) personne pour vingt-et-une (21). La seconde hypothèse envisage un échantillon global de 1772 avec une erreur-type de 2.25% et une fraction d'échantillonnage de 1 pour 46. La dernière hypothèse représente un échantillon de 1443 personnes (précision de 2.5% et fraction de 1 pour 56).

4.5 Choix du plan d'échantillonnage:

Le modèle d'échantillonnage choisi découle logiquement des contraintes et paramètres fixés dans les sections précédentes.

L'échantillon sera tiré au sort de façon aléatoire simple dans chaque district socio-sanitaire de façon à assurer une précision établie à 4.5% (pour une caractéristique répandue à 40%).

L'échantillon est donc dit stratifié disproportionné puisque la fraction sondée est différente selon le district socio-sanitaire.

Le tableau 1 (page 13) montre que le plan d'échantillonnage choisi aura donc une taille approximative de 1772 individus répartis comme suit: Chibougamau, 432; Roberval, 446; Dolbeau, 445; Alma, 449.

5. DEVIS OPÉRATIONNEL

5.1 Echancier:

Le tableau II présente l'échéancier opérationnel de l'enquête. Les principales étapes se définissent comme suit.

Le tirage de l'échantillon doit se faire au hasard à partir de la liste électorale provinciale la plus récente des municipalités concernées. Cette sélection sera faite à Québec, au bureau du Directeur Général des Élections, et les listes définitives d'échantillonnage devront être prêtes au 21 octobre.

La seconde étape, la production du matériel épistolaire, comprend la rédaction et l'impression des questionnaires, des enveloppes-retour et des lettres d'accompagnement ou de rappel. Cette production devrait être complétée pour le 28 novembre.

L'étape suivante, la cueillette des données, se déroulera du seize (16) janvier au neuf (9) mars et se compose des tâches suivantes: expédition et réception des questionnaires, procédures de rappel et suivi téléphonique.

**Tableau 2 -
Calendrier opérationnel de l'enquête.**

TACHES	ECHEANCE
1 tirage de l'échantillon: - consultation des listes électorales - tirage de l'échantillon (codification) - dactylographie des étiquettes d'envoi (listes d'échantillonnage)	(21 octobre) ----- 14 octobre 21 octobre
2 production du matériel épistolaire: - rédaction de la version finale - impression des questionnaires (3000) - impression des enveloppes-retour (3000) - attribution d'un numéro de retour postal - impression des lettres d'accompagnement (1800) - impression de la carte de rappel (1800) - impression de la lettre de rappel (1200)	(28 novembre) 7 octobre 28 novembre 28 novembre 28 novembre 28 novembre 28 novembre 28 novembre
3 cueillette des données: - expédition des questionnaires - réception des questionnaires et mise à jour des listes (secrétariat) - envoi de la carte de rappel (tous) - téléphone de suivi aux non-répondants (1000 téléphones) - envoi du second rappel, questionnaire par cour- rier certifié (non-répondants) - téléphone de suivi (non-répondants); - envoi de questionnaires supplémentaires - complétion de questionnaires par téléphone (version abrégée)	(9 mars) 16 janvier ----- 26 janvier 1-3 février 7 février 14-16 février 17 février 27 février- 2 mars
? -formation de téléphonistes	30-31 janvier
4 traitement des données	(2 mai)
5 rapport final	(31 août)

5.2 Prévisions budgétaires:

Sous cette rubrique, nous considérons deux types de ressources: les ressources financières autres que les salaires et frais de déplacement des personnels à l'emploi des établissements qui patronnent l'enquête et les ressources humaines impliquées dans le processus.

Le total des ressources financières, ainsi que le détail des postes budgétaires, apparaissent au tableau 3. Le montant à investir pour compléter l'enquête se chiffre entre 7400\$ et 9846\$ (dépendant du mode de traitement informatique et des coûts finals d'impression).

Pour ce qui est des ressources humaines (tableau 4), seule l'utilisation de téléphonistes supplémentaires n'était pas déjà affectée à l'enquête. Ces ressources représentent globalement environ 170 heures-hommes. Quant aux autres ressources, conseiller en recherche et agents d'information, elles sont déjà prévues.

**Tableau 3 -
Ressources financières à investir dans l'enquête.**

DEPENSE	COUT
- tirage de l'échantillon (déplacement et séjour à Québec de 2 chercheurs du D.S.C.)	250\$
- impression des questionnaires (3000)q	3900\$
- enveloppes (6000)	600\$
- impression des cartes de rappel (1800)	180\$
- lettres d'accompagnement (3000)	90\$
- frais de poste (envois: 3600 timbres)	1152\$
- frais de poste (réception: 1500)	480\$
- courrier certifié (800: 1.06\$ + timbre)	1104\$
- traitement informatique (contrat)	2000\$
- reproduction du rapport	90\$
TOTAL:	9846\$

**Tableau 4 -
Ressources humaines**

RESSOURCE	HEURES/PERSONNES	
- conseiller en recherche (D.S.C.)	420	(60 jours)
- agent d'information (D.S.C.)	140	(20 jours)
- agent d'information (C.L.S.C., 2)	70	(10 jours)
- téléphonistes (les agents d'information et les bons d'emploi du D.S.C. pourraient en assurer une partie; de plus, 100 heures sont consacrées au dernier rappel qui est facul- tafif).	170	(24 jours)

RC/gt.
1983-10-18

ANNEXE I
Liste des variables

LISTE DES VARIABLES

Variables (Question)

- 1- Intérêt pour l'information (1.01.01 à 1.01.66)
- 2- Rôles des établissements (1.01.01 (INTINFO1)
- 3- Services aux femmes enceintes (1.01.02) (INTINFO2)
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8-
- 9-
- 10-
- 11-
- 12-
- 13-
- 14-
- 15-
- 16-
- 17-
- 18-
- 19-
- 20-
- 21-
- 22-
- 23-
- 24-
- 25-
- 26-
- 27-
- 28-
- 29- (LES VARIABLES 4 à 66 SONT DES THEMES
- 30- DE LA QUESTION 1.01)
- 31-

32-

33-

34-

35-

36-

37-

38-

39-

40-

41-

42-

43-

44-

45-

46- (LES VARIABLES 4 à 66 SONT DES THEMES

47- DE LA QUESTION 1.01)

48-

49-

50-

51-

52-

53-

54-

55-

56-

57-

58-

59-

60-

61-

62-

63-

64-

65-

66-

- 67- Moyens de regroupements (1.01.66) (INTINF66)
- 68- Moment propice à l'information (1.02)
- 69- Média privilégié (1.03)
- 70- Connaissance des établissements (2.01 a - 2.01 h)
- 71- Réception des plaintes (2.01 a)
- 72-
- 73-
- 74- (SOUS-QUESTIONS DE 2.01)
- 75-
- 76-
- 77-
- 78- Adoption (2.01 h)
- 79- Nom du C.L.S.C. (2.02)
- 80- Local permanent (2.03)
- 81- Utilisation du C.L.S.C. (2.04)
- 82- Utilisation en 4 classes (2.04 - 2.05)
- 83- Fréquence d'utilisation (2.05)
- 84- Raisons de la non-utilisation (2.06) --- créer un indice
- 85- Accessibilité géographique (2.07)
- 86- Clientèle privilégiée des C.L.S.C. (2.08)
- 87- Place de la prévention (2.09)
- 88- Préoccupation face aux habitudes (2.10)
- 89- Perception des connaissances du C.L.S.C. (2.11)
- 90- Davantage d'information (2.12)
- 91- Intérêt pour l'information sur divers services des C.L.S.C. (2.13 a - 2.13 k)
- 92- Intérêt pour le maintien (2.13 a)
- 93-
- 94-
- 95-
- 96-
- 97- (SOUS-QUESTIONS DE 2.13)
- 98-
- 99-
- 100-

- 101-
- 102- Intérêt pour l'immunisation (2.13 k)
- 103- Disponibilité de l'information générale sur le C.L.S.C. (2.14)
- 104- Difficulté pour l'information générale C.L.S.C. (2.15)
- 105- Disponibilité de l'information générale sur la santé (2.16)
- 106- Difficulté pour l'information-santé (2.17)
- 107- Disponibilité de l'information sociale (2.18)
- 108- Difficulté pour l'information sociale (2.19)
- 109- Ressource identifiée aux maladies vénériennes (2.20 a)
- 110-
- 111-
- 112-
- 113-
- 114- (SOUS-QUESTIONS DE 2.20)
- 115-
- 116-
- 117-
- 118-
- 119-
- 120- Ressources identifiées aux conseils d'hygiène dentaire (2.20L)
- 122- Test de connaissances, hommes (3.01 - 3.28)
- 123- Connaissances, premiers soins (CPS) (3.01 - 3.03)
- 124- CPS - brûlure (3.01)
- 125- CPS - empoisonnement (3.02)
- 126- CPS - asphyxie (3.03)
- 127- Connaissances, contraception (3.04 a - 3.04 L)
- 128- Pilule (3.04 a)
- 129-
- 130-
- 131-
- 132-
- 133- (SOUS-QUESTIONS DE 3.04)
- 134-
- 135-
- 136-

- 137-
- 138-
- 139- Retrait (3.04 L)
- 140- Source d'information, contraception (3.05)
- 141- Connaissances, vaccination (3.06)
- 142- Connaissances, nutrition (3.07, 3.09, 3.17)
- 143- Groupes du G.A.C. (3.07)
- 144- Perception de sa connaissance, repas équilibré (3.08)
- 145- Énumération d'un repas équilibré (3.09)
- 146- Cancer du sein (3.10)
- 147- Facteurs de risque, cancer (3.11)
- 148- Techniques de relaxation (3.12)
- 149- Fluoration de l'eau (3.13)
- 150- Fluoration, réduction des caries (3.14)
- 151- Utilisation d'un dentifrice fluoré (3.15)
- 152- Fluoration, perception positive (3.16)
- 153- Causes de carie (3.17)
- 154- Prothèse dentaire (3.18)
- 155- Problèmes aux prothèses (3.19)
- 156- Connaissance d'un signe de consommation de drogue (3.20)
- 157- Connaissance des méfaits des toxiconamies (3.21)
- 158- Ménopause (3.22)
- 159- Signe de ménopause (3.23)
- 160- Lait immunisant (3.24)
- 161- En éveil (3.25 a)
- 162- Parc de bébé (3.25 b)
- 163- Connaissances - Maladies vénériennes (3.25 a - 3.25 f)
- 164-
- 165-
- 166- (SOUS-QUESTIONS DE 3.25)
- 167-
- 168-
- 169-
- 170- Connaissances en cas de voyage (3.27 a - 3.27 d)
- 171-

- 172- (SOUS-QUESTIONS DE 3.27)
- 173-
- 174-
- 175- Vaccination (3.28) VAC
- 176- Pop test (3.29) si SEXE = (M), PAP = 9 NAP
- 177- Examen des seins (3.30)
- 180- intervalle de l'auto-examen (3.29)
- 181- Fréquence du Progrès-Dimanche (4.01 a)
- 182- Fréquence de la Sentinelle (4.01 b)
- 183- Fréquence de l'Etoile du Lac (4.01 c)
- 184- Fréquence du Point (4.01 d)
- 185- Fréquence du Lac St-Jean (4.01 e)
- 186- Intérêt pour l'éditorial (4.02 a)
- 187-
- 188-
- 189- (SOUS-QUESTIONS de 4.02)
- 190-
- 191-
- 192-
- 193- Intérêt pour les annonces classées (4.02 h)
- 194- Fréquence de Le Quotidien (4.03 a)
- 195-
- 196- (SOUS-QUESTIONS DE 4.03)
- 197-
- 198- Fréquence de le Soleil (4.03 e)
- 199- Intérêt pour la page éditoriale (4.04 a)
- 200-
- 201-
- 202- (SOUS-QUESTION DE 4.04)
- 203-
- 204
- 205-
- 206- Intérêt pour les annonces classées (4.04 h)
- 207- Ecoute de la radio (4.05)
- 208- Période d'écoute radio I (4.06)

- 209- Période d'écoute radio II (4.06)
- 210- Période d'écoute radio III (4.06)
- 211- Ecoute de CHRL (4.07 a)
- 212-
- 213-
- 214- (SOUS-QUESTION DE 4.07)
- 215-
- 216-
- 217-
- 218- Ecoute de CJMT (4.07 h)
- 219- MIDI-PILE (4.08)
- 220- Les gens du midi (4.09)
- 221- Ecoute T.V. l'avant-midi (4.10 a)
- 222-
- 223- (SOUS-QUESTIONS DE 4.10)
- 224-
- 225-
- 226- Ecoute T.V. la nuit (4.10 f)
- 227- Câble T.V. (4.11)
- 228- Ecoute de la T.V. Communautaire (4.12)
- 229- Raison d'écoute de la T.V.C. (4.13)
- 230- Facteurs négatifs (T.V.C.) I (4.14)
- 231- Facteurs négatifs (T.V.C.) II (4.14)
- 232- Facteurs négatifs (T.V.C.) III (4.14)
- 233- Souvenir d'un kiosque (4.15)
- 234- Kiosque, circonstance (4.16)
- 235- Discussion avec le personnel (4.17)
- 236- Documentation du kiosque (4.18)
- 237- Utilisation de cette documentation (4.19)
- 238- Intérêt dans un kiosque I (4.20)
- 239- Intérêt dans un kiosque II (4.20)
- 240- Intérêt dans un kiosque III (4.20)
- 241- Bulletin paroissial (4.21)
- 242- Affiches en public (4.22)
- 243- Facteur d'intérêt (affiche) (4.23)

244- Intérêt pour l'information postale C.L.S.C. (4.24)
 245- Journal-CLSC (4.25)
 246- Age (5.01)
 247- Sexe (5.02)
 248- Niveau de scolarité (5.03)
 249- Municipalité (5.04)
 250- Enfants de moins de 18 ans (5.05)
 251- Enfants d'un (1) an ou moins (5.06)
 252- Enfants de 2-4 ans (5.07)
 253- Enfants de 5-11 ans (5.08)
 254- Enfants de 12-17 ans (5.09)
 255- Occupation principale (5.10)
 256- Profession (Blishen) (5.11)
 257- Capacité d'identifier un risque au travail (5.12)
 258- Ressource, risque professionnel (5.13)
 260- Statut civil (5.14)
 261- Occupation du conjoint (5.15)
 262- Profession du conjoint (5.16)
 263- Associations (5.17)
 264- Fumeur (5.18)
 265- Tabagisme (5.19)
 266- Alcool (5.20)
 267- Déjeuner (5.21)
 268- Ceinture de sécurité (5.22)
 269- Kilométrage (5.23)
 270- Activité physique (5.24)
 271- Risque à la santé (5.01, 5.02, 5.19 à 5.24)
 272- District socio sanitaire (code)
 273- Niveau socio-économique (5.11, 5.16)
 274- Fréquence des hebdomadaires (4.01 a - 4.01 e)
 275- Fréquence des quotidiens (4.03 a - 4.03 e)
 276- Fréquence d'écoute T.V. (4.10 a - 4.10 f)
 277- Nombre d'enfants à la maison (5.05 - 5.09)
 278- Milieu urbain ou rural (5.04)

ANNEXE II

Plan d'interprétation des variables

PLAN D'INTERPRETATION

NOM DE LA VARIABLE	QUESTION(S)	CODE	CROISÉE AVEC	NO	STATISTIQUE(S)
1- Intérêt pour l'information	1.01.01 à 1.01.55	INTINF	DAVINF INTSER MEDPRI CONN UTIL AGE SEXE IVSCOL IVSOC SOCSAN	(90) (91) (69) (122) (82) (246) (247) (248) (273) (272)	BREAKDOW (ANOVA) ou T-Test
68- Moment propice à l'information	1.02	MOPRO	MEDPRI INTINF AGE SEXE NIVSCOL	(69) (1) (246) (247) (248)	CROSSTABS (all) consistance Interne
69- Média privilégié	1.03	MEDPRI	FRHEB FRQUO RADIO FRTV SOUKI POST JOURCLSC AGE SEXE NIVSCOL NIVSOC SOCSAN UTIL	(274) (275) (207) (276) (233) (244) (245) (246) (247) (248) (273) (272) (82)	consistance Interne consistance Interne consistance Interne
70- Connaissance des établissements	2.01 a - 2.01 h	CONETA	ROLETA UTIL SEXE EXE NIVSCOL	(2) (82) (246) (247) (248)	BREAKDOW (ANOVA) ou T-Test . . .

PLAN D'INTERPRETATION

NOM DE LA VARIABLE	QUESTION(S)	CODE	CROISÉE AVEC	NO	STATISTIQUE(S)
79- Nom du C.L.S.C.	2.02	NOM	MUNIC SOCSAN	(2) (272)	CROSSTABS (all) •
80- Local permanent	2.03	LOCPER	MUNIC SOCSAN	(249) (272)	• •
82- Utilisation du CLSC (combinaison)	2.04 et 2.05	UTIL	AGE SEXE NIVSCOL MUNIC LOCPER SOCSAN NIVSOC	(246) (247) (248) (249) (80) (272) (273)	• • • • • • •
83- Fréquence d'utilisation	2.05	FRUTIL	LOCPER ACGEO PERCON AGE SEXE SOCSAN	(80) (85) (89) (246) (247) (272)	• • • • • •
84- Raison de la non-utilisation	2.06	RNUT	ACGEO PERCON AGE SEXE NIVSCOL SOCSAN NIVSOC	(85) (89) (246) (247) (248) (272) (273)	• • • • • • •
85- Accessibilité géographique	2.07	ACGEO	MUNIC SOCSAN AGE SEXE	(249) (272) (246) (247)	• • • •

PLAN D'INTERPRETATION

NOM DE LA VARIABLE	QUESTIONS	CODE	CROISÉE AVEC	NO	STATISTIQUE(S)
86- Clientèle privilégiée des C.L.S.C.	2.08	CLIPRI	UTIL PERCON CONETA AGE SEXE NIVSCOL SOCSAN NIVSOC	(82) (89) (70) (246) (247) (248) (272) (273)	CROSSTABS (all)
87- Place de la prévention	2.09	PLAPRE	INTINF UTIL PREHAB AGE SEXE NIVSCOL NIVSOC SOCSAN	(1) (82) (88) (246) (247) (248) (273) (272)	
88- Préoccupation face aux habitudes	2.10	PREHAB	AGE SEXE NIVSOC	(246) (247) (273)	. . .
89- Perception des connaissances du C.L.S.C.	2.11	PERCON	INTSER AGE SEXE NIVSCOL SOCSAN	(91) (246) (247) (248) (272)	
90- Davantage d'information	2.12	DAVINF	PERCON AGE SEXE SOCSAN	(89) (246) (247) (272)	
91- Intérêt pour l'information sur les divers services des C.L.S.C.	2.13a-2.13k	INTSER	UTIL SOCSAN DISPCLSC	(82) (272) (103)	BREAKDOWN (ANOVA) ou T-Test .

PLAN D'INTERPRETATION

NOM DE LA VARIABLE	QUESTIONS	CODE	CROISÉE AVEC	NO	STATISTIQUE(S)
92- Intérêt pour le maintien	2.13 a	INTMAIN	AGE SEXE	(246) (247)	CROSSTABS (all)
94- Intérêt pour les cours prénataux	2.13 C	INPRNAT	ENF NIVSOC	(250) (273)	
95- Intérêt pour la planification des naissances	2.13 d	INPLAN	AGE SEXE NIVSCOL NENF STACIV	(246) (247) (248) (277) (260)	
98- Intérêt pour les programmes de prévention scolaire	2.13 g	INPRSC	ENF sexe	(250) (247)	
99- Intérêt pour l'information sur l'éducation dentaire	2.19 h	INEDEN	ENF NIVSCO	(250) (273)	
102- Intérêt pour l'information sur les programmes d'immunisation	2.13 k	INIM	ENF NIVSOC	(250) (73)	
103- Disponibilité de l'information générale sur le CLSC	2.14	DISPCLSC	SOCSAN NIVSCOL AGE	(272) (248) (246)	
122- Test de connaissances	3.01 - 3.32 (sauf 3.03, 3.05, 3.08, 3.03, 3.15; 3.18, 3.19, 3.29, 3.30, 3.33,	CONN	UTIL RNU AGE SEXE NIVSCOL RISQ NIVSOC SOCSAN PLAPRE	(82) (84) (246) (247) (248) (271) (273) (272) (87)	BREAKDOWN (ANOVA) ou T-Test

PLAN D'INTERPRETATION

NOM DE LA VARIABLE	QUESTION(S)	CODE	CROISÉE AVEC	NO	STATISTIQUE(S)
123- Connaissances - premiers soins	3.01 - 3.03	CPS	UTIL SEXE NIVSCOL	(82) (247) (248)	BREAKDOWN (ANOVA) ou T-Test •
127- Connaissance - contraception	3.04 a - 3.04L	CCTR	UTIL AGE SEXE NIVSCOL	(82) (246) (247) (248)	BREAKDOWN (ANOVA) ou T-Test • •
140- Source d'information - contraception	3.05	CTRSOUR	SEXE NIVSCOL	(247) (248)	CROSSTABS (all) •
142- Connaissances - nutrition	3.07, 3.09, 3.19	CNUT	INTINF9 NTINF14 SEXE DEJ	(21) (26) (247) (267)	BREAKDOWN (ANOVA) ou T-Test • •
146- Cancer du sein, prévention	3.10	SEIN	AGE SEXE NIVSCOL SOCSAN NIVSOC	(246) (249) (248) (272) (273)	CROSSTABS (all) • • • •
152- Perception de la fluoration	3.15	FLRPER	UTIL PLAPRE CONN FLUOR AGE SEXE NIVSCOL ENFSA11 NIVSOC SOCSAN	(82) (87) (122) (149) (246) (247) (248) (253) (273) (272)	• • • • • • • • • •

PLAN D'INTERPRETATION

NOM DE LA VARIABLE	QUESTION(S)	CODE	CROISÉE AVEC	NO	STATISTIQUE(S)
163- Connaissances des maladies vénériennes	3.26 a-3.26 f	CVEN	AGE SEXE NIVSCOL SOCSAN INTINF33	(246) (247) (248) (272) (45)	BREAKDOWN (ANOVA) ou T-Test . . .
176- Pop test	3.29	PAP	AGE NIVSCOL SOCSAN NIVSOC CONN	(246) (248) (272) (273) (122)	CROSSTABS (all)
177- Examen des seins	3.30	EXSEIN	AGE NIVSCOL SOCSAN	(246) (248) (272)	. . .
180- Intervalle de l'auto-examen des seins	3.31	AUTOEX	AGE NIVSCOL SOCSAN CONN PLAPRE PREHAB	(246) (248) (272) (122) (87) (88)	
248- Niveau de scolarité	5.03	NIVSCOL	NIVSOC SOCSAN	(273) (272)	. .
257- Capacité d'identifier un risque au travail	5.12	RISTRA	AGE SEXE NIVSOC	(246) (247) (273)	. . .
258- Ressource en cas de risque professionnel	5.13	RESRISQ	SOCSAN	(272)	.
265- Tabagisme	5.19	TABAC	AGE SEXE SOCSAN NIVSOC ALCOOL ACPHYS	(246) (247) (272) (273) (266) (270)	

PLAN D'INTERPRETATION

NOM DE LA VARIABLE	QUESTION(S)	CODE	CROISÉE AVEC	NO	STATISTIQUE(S)
272- Risque à la santé	5.01, 5.02, 5.19 à 5.24	RISQ	AGE SEXE STACIV NIVSOC MIURB	(246) (247) (260) (273) (278)	BREAKDOWN (ANOVA) ou T-Test • • •
267- Déjeuner	5.21	DEJ	AGE SEXE STACIV ENFAN SOCSAN NIVSOC MIURB	(246) (247) (260) (250) (272) (273) (278)	CROSSTABS (all) • • • • • •
270- Activité physique	5.24	ACPHY	les mêmes plus DEJ	(267)	• •
273- Niveau socio-économique	5.11, 5.16	NIVSOC	AGE SEXE NIVSCOL SOCSAN	(246) (247) (248) (272)	BREAKDOWN (ANOVA) ou T-Test • •
274- Fréquence des hebdo	4.01 a - 4.01 e	FRHEB	AGE SEXE NIVSCOL SOCSAN NIVSOC INTINF MIURB	(246) (247) (248) (272) (273) (1) (278)	• • • • • • •
275- Fréquence des quotidiens	4.03 a - 4.03 e	FRQUO	les mêmes		•
276- Fréquence d'écoute T.V.	4.10 a - 4.10 f	FRTV	les mêmes		•

BIBLIOGRAPHIE

- 1- COUTURE, R.,
Projet de recherche sur les besoins en information socio-sanitaire de la population de la région 02-B,
Département de Santé Communautaire, Roberval, 1981, 30 p.
- 2- LAMARRE, F.D. et al.,
Enquête sur les sources d'information qui influencent les mères au sujet de l'alimentation du nourrisson,
D.S.C. de Maisonneuse-Rosemont, Montréal, 1978, 11 p.
- 3 COUTURE, R. et OLIVIER, G.,
Analyse comparative des données statistiques du cours prénatal, 1979-80,
Département de Santé Communautaire, Roberval, 1980, 48 p.
- 4 Ministère des Affaires sociales,
Etude auprès de la population sur la décentralisation dans les C.R.S.S.S. du Québec,
Service des études sociales, Québec, 1980, 206 p.
- 5 SIEMATYCKI, J.,
A comparison of mail, telephone and home interview strategies for household health surveys,
Am. J. Public Health, 69:238-245, 1979.
- 6 U.S.Department of Commerce,
Advances in health survey research methods,
NCHSR, Rockville (Md), 1975, 58 p.
- 7 COUTURE, R.,
La recherche de besoins dans un contexte communautaire,
Département de Santé Communautaire, Roberval, 1981, 30 p.

- 8 FURNIS, Y.,
Les études de marché,
Dunod, Paris, 1974, 158 p.
- 9 DILLMAN, D.A.,
Mail and telephone surveys: the total design method,
John Wiley and Sons, New York, 1978, 325 p.
- 10 MOSER, C.A. et KALTON, G.,
Survey methods in social investigation,
Basic Books, New York, 1972, 549 p.
- 11 OPPENHEIM, A.N.,
Questionnaire design and attitude measurement,
Basic Books, New York, 1966, 298 p.
- 12 BELSON, W.A.,
The design and understanding of survey questions,
Gower, Aldershot (Ang.), 1981, 399 p.
- 13 GORDEN, R.L.,
Unidimensional scaling of social variables: concepts and procedures,
The Free Press, Londres, 1977, 175 p.
- 14 COCHRAN, W.G.,
Sampling Techniques,
John Wiley and Sons, New York, 1977, 428 p.
- 15 KISH, L.,
Survey Sampling,
John Wiley and Sons, New York, 1965, 643 p.
- 16 BLALOCK, H.M.,
Social statistics,
McGraw-Hill, New York, 1979, 626 p.

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99

LES BESOINS DE LA POPULATION ADULTE EN INFORMATION SOCIO-SANITAIRE

Module no 2

Caractéristiques socio-démographiques
et habitudes de vie

Régis Couture

Conseiller en recherche

Juin 1987

TABLE DES MATIERES

Liste des tableaux.....	p.3
Liste des figures.....	p.4
Préface.....	p.5
Introduction	p.6
Faits saillants.....	p.7
1 Analyse de la représentativité de l'échantillon.....	p.11
1.1 Taux de réponse.....	p.11
1.2 Certaines caractéristiques personnelles.....	p.12
1.2.1 Age.....	p.13
1.2.2 Sexe.....	p.13
1.2.3 Scolarité.....	p.13
1.2.4 Etat civil.....	p.14
2 Les caractéristiques de l'échantillon.....	p.14
2.1 Distribution géographique.....	p.14
2.2 Age et sexe.....	p.15
2.2.1 Distribution selon l'âge.....	p.15
2.2.2 Distribution selon le sexe.....	p.16
2.3 Dimension économique (scolarité, occupation et statut socio-économique).....	p.16
2.3.1 La scolarité.....	p.16
2.3.2 L'occupation principale.....	p.17
2.3.3 Le statut socio-économique.....	p.19
2.4 Situation familiale.....	p.19
2.5 Vie communautaire.....	p.20
3 Les habitudes de vie.....	p.21
3.1 Tabagisme.....	p.22
3.1.1 Type de fumeur.....	p.22
3.1.2 Consommation de cigarettes.....	p.23
3.2 Consommation d'alcool déclarée.....	p.25
3.3 Petit déjeuner.....	p.29
3.4 Circulation automobile.....	p.30
3.5 Activité physique.....	p.31
4. Un indice de risque à partir des habitudes de vie.....	p.32
5. Conclusion.....	p.34
5.1 Degré d'atteinte des objectifs.....	p.34
5.2 Discussion des résultats.....	p.35
5.3 Stratégie d'interventions.....	p.38
5.3.1 Tabac.....	p.39
5.3.2 Alcool.....	p.40
5.3.3 Déjeuner.....	p.41
5.3.4 Port de la ceinture de sécurité.....	p.41
5.3.5 Activité physique.....	p.42
Bibliographie.....	p.73

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	- ANALYSE DU TAUX DE REPONSE.....	p. 44
Tableau 2	-PROFIL DES REPONDANTS ET COMPARAISON AVEC LA POPULATION ADULTE.....	p. 45
Tableau 3	-DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DE L'ECHANTILLON.....	p. 47
Tableau 4	- LE SEXE DES REPONDANTS.....	p. 50
Tableau 5	- LA DIMENSION ECONOMIQUE (scolarité)	p. 51
Tableau 6	- LA DIMENSION ECONOMIQUE (occupation)	p. 52
Tableau 7	- LA DIMENSION ECONOMIQUE (statut social)	p. 54
Tableau 8	- SITUATION FAMILIALE.....	p. 56
Tableau 9	- LA VIE COMMUNAUTAIRE.....	p. 57
Tableau 10	- TYPE DE FUMEURS.....	p. 58
Tableau 11	- LE TABAGISME.....	p. 59
Tableau 12	-TABAC ET ALCOOL: COMPARAISONS AVEC L'ENQUETE SANTE-CANADA.....	p. 61
Tableau 13	-CONSOMMATION D'ALCOOL LA SEMAINE DERNIERE.....	p. 63
Tableau 14	- PETIT DEJEUNER.....	p. 65
Tableau 15	- HABITUDES DE SECURITE ROUTIERE.....	p. 67
Tableau 16	- ACTIVITE PHYSIQUE.....	p. 69
Tableau 17	-INDICE DE RISQUE DU AUX HABITUDES DE VIE SELON DIVERS TYPES DE REPONDANTS.....	p. 71

LISTE DES FIGURES

Figure 2 - Comparaison échantillon-population.....	p. 46
Figure 3 - Nombre de répondants de chaque municipalité.....	p. 48
Figure 6 - Occupation principale selon le sexe.....	p. 49
Figure 7 - Statut socio-économique selon le type de répondant.....	p. 55
Figure 11- Tabagisme selon le type de répondant.....	p. 60
Figure 12- Tabac et alcool, comparaison avec l'enquête Santé- Canada.....	p. 62
Figure 13- Consommation d'alcool selon le type de répondant.....	p. 64
Figure 14- Fréquence du petit déjeuner.....	p. 65
Figure 15- Port de la ceinture de sécurité.....	p. 68
Figure 16- Activité physique par rapport aux pairs.....	p. 70
Figure 17- Niveau de risque dû aux habitudes de vie.....	p. 72

PRÉFACE

L'enquête sur les besoins en information socio-sanitaire de la population adulte de la région Lac St-Jean-Chibougamau (02-B) s'est traduite par un volumineux rapport (plus de 300 pages). Afin de faciliter la tâche du lecteur, l'auteur a réparti ce document en six (6) modules indépendants traitant chacun une composante de la recherche. Ainsi, le lecteur intéressé à un aspect spécifique des besoins en information pourra consulter le module de son choix, dans un premier temps.

Cependant, l'auteur exhorte tout lecteur sérieux, qui désire appréhender le domaine de l'étude au complet, à découvrir l'ensemble des modules.

Le module #1, plus technique, décrit en détail les méthodes de recherche utilisées pour l'enquête et constitue en fait le protocole de recherche.

Le module #2 analyse les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon étudié et certaines habitudes de vie. On y retrouve les données relatives à l'âge, au sexe et au statut socio-économique, au tabagisme et à l'exercice physique, entre autres des répondants.

Le module #3 trace un profil détaillé des thèmes relatifs au domaine socio-sanitaire et établit leur classement sur une échelle ordinale décroissante (du premier au dernier).

Le module #4 valide les problèmes d'information socio-sanitaire tels que décrits lors de l'étape de consultation des intervenants du milieu et tente d'évaluer leur prévalence dans la population.

Le module #5 évalue les connaissances de base que tout le monde devrait posséder (toujours selon les intervenants socio-sanitaires) dans des domaines tels que les premiers soins, le développement de l'enfant, la contraception....

Le module #6 sera particulièrement utile aux fins de programmation. Il analyse en détail les divers moyens d'information régionaux traditionnels (journal, radio,...) et certaines ressources alternatives (bulletins, kiosques, assemblées, ...) en mettant l'accent sur la segmentation des marchés. Il permettra d'identifier les médias appropriés aux diverses clientèles-cibles et aux divers besoins.

INTRODUCTION

Le présent module porte sur les données socio-démographiques et les habitudes de vie des personnes ayant participé à notre vaste enquête de population.

Le premier chapitre étudie la représentativité de l'échantillon sous deux aspects: le taux de réponse (retour de questionnaires dûment complétés) et la comparaison avec les données de la population selon certaines caractéristiques.

Le second chapitre traite essentiellement des caractéristiques personnelles de l'échantillon interrogé. Il s'agit des données portant sur l'âge, le sexe, la scolarité, le nombre d'enfants à la maison, l'occupation principale du répondant et de son conjoint, l'état civil, le statut socio-économique et la participation à des groupes communautaires.

Le troisième chapitre concerne certaines habitudes de vie délétères ou protectrices telles que mesurées par notre questionnaire. Ces habitudes sont le tabagisme, la consommation d'alcool, la fréquence du petit déjeuner, le port de la ceinture de sécurité, le milage annuel et l'activité physique par rapport à ses pairs.

Le quatrième chapitre discute un indice de risque calculé à partir des habitudes de vie délétères et tente de découvrir les liens entre cet indice et d'autres variables.

FAITS SAILLANTS

Voici, dans l'ordre chronologique du rapport principal, les faits marquants de l'enquête en information socio-sanitaire quant aux caractéristiques des répondants et à certaines de leurs habitudes de vie:

Le taux de réponse net à cette enquête postale (72.5%) apparaît exceptionnel et confirme la collaboration proverbiale de la population du Lac St-Jean-Chibougamau.

L'échantillon des répondants correspond étroitement à la distribution réelle (telle que mesurée par le Recensement) de la population selon l'âge, la scolarité et l'état civil. Cependant, les chiffres montrent des écarts marqués selon le sexe: il y a une forte surreprésentation féminine. L'effet de cette surreprésentation a été compensé par les techniques d'ajustement statistique usuelles.

L'échantillon global est donc très représentatif de la population.

L'enquête était stratifiée selon le district socio-sanitaire et les répondants se répartissent comme suit: Chibougamau, 157 (16.8%); Roberval, 258 (27.8%); Dolbeau, 243 (26.2%); Alma, 271 (29.2%).

Plus de la moitié des adultes (57.6%) déclarent qu'ils ne sont pas des fumeurs actuellement; soit 47.3% de "non-fumeurs" et 10.3% d'"ex-fumeurs". Les 42.4% de fumeurs se considèrent "fumeurs modérés" (29.8%) ou "gros fumeurs" (12.6%). Ces chiffres correspondent assez bien avec l'Enquête Santé-Canada.

Le tabagisme varie considérablement selon l'âge: les jeunes adultes (20-44 ans) fument beaucoup plus que leurs aînés. De même, les hommes fument beaucoup plus que les femmes. Les résultats montrent également que les fumeurs ont beaucoup moins tendance à déjeuner régulièrement: ces deux mauvaises habitudes sont fortement associées. Une autre mauvaise habitude (en terme de santé) associée au tabagisme: la consommation d'alcool. Ces résultats concordent assez bien avec ceux de l'Enquête Santé-Canada.

Les autres tests d'hypothèses se sont avérés négatifs: aucune relation significative entre tabac et scolarité, présence de jeunes enfants, activité physique, statut économique ou district socio-sanitaire.

Plus de la moitié des répondants (52.7%) n'avaient bu aucun alcool durant la semaine précédant l'enquête. Les autres catégories de consommation se partagent entre les classes "1-3 verres" (23.5%), "4-7 verres" (13.9%), "8-13 verres" (5.6%) et "14 verres et plus" (4.4%). Une comparaison avec les chiffres de l'Enquête Santé-Canada montre que les adultes du Lac St-Jean-Chibougamau disent boire beaucoup moins que l'ensemble des Canadiens. Cette assertion se vérifie d'ailleurs principalement au niveau des gros buveurs ("14 verres et plus" durant la semaine dernière).

La consommation d'alcool varie énormément selon les diverses catégories de répondants. Elle diminue considérablement avec l'âge. Les hommes boivent évidemment beaucoup plus que les femmes. La scolarité possède aussi une influence déterminante: plus on est instruit, plus on consomme d'alcool. Le statut économique est également révélateur: les classes aisées boivent plus d'alcool. En plus du tabagisme, la consommation d'alcool apparaît également reliée à une autre mauvaise habitude, l'omission du déjeuner. Par contre, le fait d'avoir des enfants à la maison semble avoir un effet protecteur significatif contre la consommation d'alcool et les différences sont encore plus marquées chez les gros buveurs (5 fois moins de gros buveurs chez les gens qui ont des enfants). Ces relations concordent bien avec les résultats de l'Enquête Santé-Canada.

Enfin, la consommation d'alcool ne varie pas selon le district socio-sanitaire.

L'habitude de déjeuner le matin apparaît très bien ancrée chez les adultes de la région. En effet, 76.1% disaient avoir pris un déjeuner tous les jours et 6.7% au moins quatre fois dans la semaine précédant l'enquête. Il reste tout de même 17% d'adultes qui omettent plus de la moitié du temps ce repas.

Cette habitude varie cependant sensiblement selon diverses catégories de répondants. Ainsi, la régularité de la prise du déjeuner augmente significativement avec l'âge: 64% des plus jeunes (20-24 ans) déjeunent chaque jour contre 89% des personnes âgées. De même, les femmes ont tendance à déjeuner plus régulièrement que les hommes. Au point de vue socio-économique, la catégorie moyenne-supérieure (vendeur, commerçant, garagiste, secrétaire,...) déjeune beaucoup moins que les autres. Cette habitude varie peu selon le district socio-sanitaire sauf à Dolbeau, où l'on déjeune plus qu'ailleurs.

L'habitude du port de la ceinture de sécurité semble assez bien ancrée dans la population adulte: 60% la portent toujours ou presque. Ce chiffre concorde avec ceux de l'Enquête Santé-Canada de même qu'avec les données récentes de la Régie d'Assurance-Automobile du Québec.

L'âge apparaît comme un déterminant significatif du taux du port de la ceinture: les jeunes la boudent moins. De plus, les hommes utilisent beaucoup moins cette mesure préventive. Enfin, les résidents du district d'Alma l'emploient beaucoup plus que ceux des autres districts.

Le port de la ceinture ne varie pas selon le statut socio-économique ou la scolarité du répondant.

La vision des répondants de leur niveau d'activité physique par rapport aux gens de leur âge est plutôt égalitaire avec un léger penchant positif: 50% des adultes se trouvent aussi actifs, 21.3% moins actifs et 28.3% plus actifs que les autres.

Cette perception varie évidemment avec l'âge: les personnes âgées se sentent moins actives physiquement. Le niveau de scolarité constitue un dernier déterminant significatif: les universitaires se perçoivent comme beaucoup plus actifs. Le sexe du répondant, son statut socio-économique ou son district de résidence n'avaient aucune influence.

L'enquête a également permis d'élaborer et de tester un indice global de risque dû aux habitudes de vie du répondant. Cet indice fournit une échelle graduée sur 100 points qui varie en réalité de 18 (faible risque dû aux habitudes de vie) à 94 points (risque très élevé). Le niveau moyen des adultes interrogés atteint 43.4 points. Les résultats signalent des différences importantes entre les diverses catégories de répondants.

Ainsi, le niveau de risque dû aux habitudes de vie diminue sensiblement avec l'âge: le risque est beaucoup plus élevé chez les jeunes. Le niveau de risque moyen s'avère de plus, beaucoup plus élevé chez l'homme que chez la femme. En terme de scolarité, les gens qui ont un cours secondaire montrent un niveau de risque moyen significativement plus élevé que les autres (primaire, collégial ou universitaire). Le statut socio-économique détermine également des niveaux de risque différents: les personnes de statut "moyen-supérieur" possèdent un niveau de risque bien plus élevé que celles de la catégorie "statut supérieur". L'état civil se révèle également déterminant: les célibataires atteignent un niveau de risque moyen bien plus élevé. Enfin, le district de résidence apparaît également significatif: les adultes de Chibougamau possèdent un niveau de risque plus élevé que la moyenne et ceux d'Alma sont un peu plus bas.

Enfin, les résultats de l'étude ont permis d'élaborer une stratégie de communication en ce qui a trait aux habitudes de vie de la population adulte;

stratégie basée sur l'habitude de vie, les clientèles-cibles principales et des médias spécifiques.

1. ANALYSE DE REPRÉSENTATIVITÉ DE L'ÉCHANTILLON

Avant d'analyser en détail les résultats d'une enquête auprès d'un échantillon de population, il convient d'évaluer à son juste mérite, la représentativité de cet échantillon.

1.1 Taux de réponse:

Aux fins d'évaluation du taux de réponse, la définition d'une réponse positive sera la suivante: "Tout questionnaire, dûment complété, retourné au DSC de Roberval dans son enveloppe pré-adressée et pré-affranchie". Les questionnaires ne satisfaisant pas ces exigences furent tout simplement détruits. Voilà pour le numérateur du taux de réponse.

Quant au dénominateur, il en existe deux, dépendamment du type de taux de réponse calculé (1). Pour le taux de réponse brut, nous avons utilisé le nombre d'envois postaux, moins le nombre de décès qui nous fut rapporté par un proche du répondant choisi (13 cas sur 1 674 envois).

Pour ce qui est du taux de réponse net, le plus révélateur, nous avons pris le nombre de répondants potentiels ayant été touchés par notre envoi: soit le nombre d'envois postaux (1 674 envois), moins le nombre de décès (13) et le nombre de répondants partis sans laisser d'adresse (321 questionnaires retournés portant cette mention). Toutes les données pertinentes apparaissent au tableau 1 (page 44).

De plus, en raison d'une erreur cléricale au moment de l'expédition du courrier, il a fallu considérer deux types d'envois. Une partie des questionnaires (désignés par l'expression "sans #") fut expédiée uniquement accompagnée d'une enveloppe retour pré-affranchie, sans lettre d'explication et sans numéro d'identification personnelle du répondant. Ce numéro devait servir à une procédure de rappel élaborée à partir de la "Total Design Method" (2, 3). Pour réparer cette erreur, nous avons posté, quelques jours plus tard une lettre explicative destinée à réparer les dégâts. De plus, nous avons pu appliquer à ce sous-échantillon la première étape de la procédure de rappel. Il est donc normal de calculer un taux de réponse indépendant pour ces répondants.

Un second groupe de questionnaires (désignés par le symbole "@" dans le tableau 1) a bénéficié de la méthode complète prévue. Cette erreur possède une heureuse conséquence méthodologique évidente: comparer l'efficacité de deux méthodes différentes de faire une enquête postale.

C'est pourquoi la seconde partie du tableau 1 mentionne six types de taux de réponse au lieu des deux traditionnels.

Le taux de réponse global pour l'ensemble du DSC s'établit à 58.5% pour le taux brut (ligne 5 de la seconde partie du tableau 1) et à 72.5% pour le taux net (ligne 6). Cette performance apparaît tout à fait satisfaisante, et même exceptionnelle, pour une enquête postale sur la population en général, que l'on compare avec des normes américaines (taux net de 50% à 80%) (2) ou à une enquête postale récente au Saguenay-Lac St-Jean (64%) (4). Les taux de réponse varient peu selon le district socio-sanitaire. En fait, seul le district de Chibougamau se distingue à ce titre avec un taux de réponse toujours très inférieur: taux brut de 41.5% (contre environ 60% ailleurs), taux net de 59.5% (contre environ 72% ailleurs). Ce phénomène s'explique facilement si l'on considère la nature du milieu (secteur minier, population jeune, travail sur des quarts variables, taux de roulement très rapide de la population) et le fait qu'au moment de l'enquête, les listes électorales utilisées pour tirer l'échantillon avaient deux ans et demi.

Pour ce qui est de l'effet de l'erreur logistique décrite plus haut, il est apparent mais ne semble tout de même pas compromettre la validité des résultats. Ainsi, pour toutes les unités géographiques étudiées le taux de réponse net chez les personnes ayant bénéficié de la méthode complète est plus élevé (78.5% pour le DSC) que celui du sous-échantillon ayant été l'objet d'une erreur (67.2% pour le DSC). Cette différence se reflète par une perte d'environ 6 points sur le taux de réponse net global. Mais comme l'erreur fut commise de façon aléatoire, nous ne croyons pas à l'introduction d'un biais dans l'étude.

Bref, le taux de réponse net global (72.5%) apparaît très suffisant pour répondre aux critères de qualité de toute étude de population.

1.2 Certaines caractéristiques personnelles:

L'ampleur du taux de réponse ne garantit pas à lui seul la valeur d'un échantillon. Afin de vérifier la validité et la représentativité de notre échantillon, le tableau 2 (page 45) illustre la comparabilité des données de notre enquête, pour certaines variables descriptives, avec les données disponibles pour la population adulte des mêmes âges (20 ans et plus). La source de comparaison utilisée est le Recensement du Canada de 1981 (5, 6). Cette façon de procéder permet de déceler les écarts entre les répondants de l'enquête et la population visée, sur certaines variables de contrôle. Ecarts qui servent d'indicateurs de biais possibles.

1.2.1 Âge:

La distribution de notre échantillon selon l'âge du répondant correspond assez bien à la répartition de la population selon l'âge. Le test statistique ne révèle pas de différence significative ($X^2 = 5.84$, N.S.)*. Les écarts pour chaque strate varient entre 0.6 et 3.5 points (classe d'âge 25-34 ans), voir tableau 2, section 1. Ces faibles écarts ne permettent pas de croire à un biais selon l'âge.

1.2.2 Sexe:

Il en va tout autrement en ce qui concerne la distribution selon le sexe: les écarts sont très importants et significatifs ($X^2 = 83.9$, $p < .000$). En fait les chiffres du tableau 2 (section 2.2) indiquent une forte surreprésentativité féminine de notre échantillon: un écart de plus de 20 points (les femmes représentent 70% des répondants alors qu'en réalité elles ne constituent que 49.3% de la population).

Lors d'une enquête postale, une surreprésentation féminine est tout à fait normale et apparaît à peu près partout (1, 2, 4). Cependant, il faut bien comprendre qu'une telle surreprésentation risque d'introduire un biais. Pour contrer cet effet dans le calcul des estimés globaux, il faudra appliquer des techniques de compensation statistique (ajuster les chiffres globaux en fonction des poids relatifs des deux sexes) ou considérer indépendamment les sous-échantillons masculin et féminin. La méthode de compensation sera appliquée à chaque fois que les tests révéleront des différences substantielles entre les deux sexes.

Avec l'application rigoureuse de ces règles de prudence, la surreprésentation féminine ne constitue plus qu'un inconvénient mineur et ne risque plus de biaiser les conclusions de façon notable.

*N.S. = non-significatif.

1.2.3 Sclarité:

Le niveau de scolarité atteint par le répondant représente toujours une variable-témoin intéressante au plan socio-économique. Les résultats ne révèlent cependant aucun écart notable entre notre échantillon et la population qu'il doit représenter ($X^2 = 1.6$, N.S.), comme le montre le tableau 2, section 3 (page 56).

Il est donc permis de conclure que, au point de vue instruction, notre échantillon apparaît comme une représentation fidèle de la population et n'introduit aucun biais potentiel.

1.2.4 État civil:

L'état civil constitue la dernière variable pour laquelle il fut possible d'effectuer un contrôle avec les données officielles (tableau 2, section 4, page 45). Les tests statistiques n'ont révélé aucune différence significative entre l'échantillon et la population ($\chi^2 = 6.95$, N.S.). Les écarts sont très faibles et varient entre 0.2 et 2.9 points pour chaque sous-groupe.

Ici encore, au point de vue de l'état civil du répondant, le risque de biais est très faible. L'échantillon semble être un reflet fidèle de la composition de la population selon cette variable.

En conclusion, l'échantillon s'avère très représentatif à la condition de tenir compte des restrictions soulevées par la surreprésentation féminine. Le taux de réponse est exceptionnel et l'échantillon constitue un portrait non-déformé de la population pour la majorité des variables de contrôle (âge, scolarité et état civil).

2. LES CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES DE L'ÉCHANTILLON

2.1 Distribution géographique: (35 données manquantes, 3,6%):

Les données relatives à la distribution géographique des individus interrogés apparaissent au tableau 3 (page 47) et sont illustrées sur la figure 3 (page 48).

Comme l'enquête fut stratifiée selon le district socio-sanitaire, il est bien évident que le poids relatif de chaque district est bien différent de son poids dans la réalité. Les divergences sont particulièrement remarquables pour Chibougamau (16.8% de l'échantillon, 10.3% de la population, 157 répondants) et Alma (29.2% de l'échantillon, 40.7% de la population, 271 répondants). Les districts de Roberval et de Dolbeau, par contre, apparaissent très rapprochés de leur poids réel (Roberval: 258 répondants, 27.8% contre 26.1% de la population; Dolbeau: 243 répondants, 26.2% contre 22.8% de la population).

En fait, l'échantillon devait assurer à chaque district une représentation assez forte pour permettre des conclusions valides. Cette stratification signifie cependant que les chiffres globaux pour l'ensemble du DSC doivent être utilisés de façon avertie. Ainsi, lorsque les résultats montreront des différences notables entre les districts, l'estimation globale pour le DSC sera ajustée en fonction du poids démographique véritable de chaque district socio-sanitaire.

Quant à la représentation des municipalités dans l'échantillon, elle apparaît tout à fait proportionnelle au poids démographique de la municipalité dans son district. La fréquence varie considérablement entre 2 ou 3 individus pour les petites localités (St-André, St-Stanislas,...) jusqu'à 100 à 120 personnes dans les villes importantes (Alma, Chibougamau,...). La carte 1 représente bien la concentration géographique de la population à l'intérieur de chaque district.

2.2 Age et sexe:

2.2.1 Distribution selon l'âge: (17 données manquantes, 1,8 %)

Comme nous l'avons vu les répondants de l'enquête se répartissent selon leur âge de façon très semblable à la population adulte en général, à l'intérieur des catégories suivantes: 20-24 ans (17.2 %), 25-34 ans (31.6 %), 35-44 ans (20.1 %), 45-54 ans (14.6 %), 55-64 ans (9.3 %) et 65 ans ou plus (7 %), voir tableau 2, page 56.

On peut remarquer que les répondants sont plutôt jeunes (48.8 % ont entre 20 et 35 ans) et que les plus âgés sont relativement moins nombreux (16.3 % de 55 ans ou plus). Cette distribution reflète fidèlement la réalité régionale.

Par contre, une telle distribution fait que les besoins spécifiques aux personnes âgées par exemple risquent d'être noyés dans la masse. Si l'on veut connaître leurs besoins d'information propres, il faudra donc traiter les données de façon différentielle (en n'utilisant que les répondants âgés de 65 ans ou plus ou en modulant les analyses selon les groupes d'âge, par exemple).

Enfin, la distribution par âge des répondants ne varie pas significativement selon leur district socio-sanitaire ($\chi^2 = 13.6$, N.S.).

2.2.2 Distribution selon le sexe: (30 données manquantes, 3.1%)

Nous avons traité plus haut du problème de surreprésentation féminine (70% de répondants féminins contre 30% d'hommes). Les correctifs appropriés seront appliqués en cours de route.

Cette sur-représentation féminine se vérifie quel que soit la classe d'âge ($\chi^2 = 5.1$, N.S.) ou le district socio-sanitaire ($\chi^2 = 0.47$, N.S.) comme le montre le tableau 4, page 50.

2.3 Dimension économique:

La dimension économique représente une composante fondamentale de l'individu. Ses répercussions en terme de santé, de prévention et d'éducation-information socio-sanitaire ont été largement étudiées.

Cette dimension est décrite ici par trois variables: la scolarité, l'occupation principale et le statut socio-économique du répondant.

2.3.1 La scolarité: (35 données manquantes, 3.6%):

Pour mesurer la scolarité d'une personne, le questionnaire demandait: "Indiquez votre niveau de scolarité atteint". La personne pouvait alors répondre 1. COURS ELEMENTAIRE (primaire), 2. COURS SECONDAIRE (sans diplôme), 3. COURS SECONDAIRE (diplôme obtenu), 4. COURS COLLEGIAL (sans diplôme) ou école technique (école normale, arts et métiers, cours commercial), 5. COURS COLLEGIAL ou équivalent (diplôme obtenu), 6. COURS UNIVERSITAIRE (sans diplôme), 7. COURS UNIVERSITAIRE (diplôme obtenu), en conformité avec le recensement canadien (8).

Aux fins d'interprétation des résultats, ces réponses furent regroupées en quatre grandes catégories de niveau scolaire atteint: PRIMAIRE (classe 1), SECONDAIRE (classe 2 et 3), COLLEGIAL (classe 4 et 5), UNIVERSITAIRE (classe 6 et 7). Le tableau 5 (page 51) présente la scolarité des principales catégories de répondants.

Tel que vu en section 1.2.3, la distribution des répondants selon la scolarité suit étroitement celle de la population adulte en général. La scolarité apparaît relativement peu élevée: près de trois quarts des répondants n'ont pas dépassé le cours secondaire (primaire = 18%, secondaire = 54%), seulement 18.5% ont atteint le niveau collégial et 9% l'université.

La situation varie évidemment beaucoup selon l'âge ($\chi^2 = 196.5$; $p < .0001$): la majorité des personnes plus âgées possèdent à peine un cours primaire (42% chez les 45-64 ans et 52% chez les 65 ans et plus) alors que cette scolarité est très rare chez les plus jeunes (2% des 20-24 et 9% des 25-44 ans). Règle générale, le niveau de scolarité atteint est beaucoup plus bas chez les personnes âgées, comme l'on pouvait s'y attendre.

La scolarité diffère également, mais de façon légère, selon le sexe du répondant ($\chi^2 = 8.2$; $p < .05$). Les hommes possèdent une scolarité un peu plus élevée que les femmes (21% ont un cours collégial et 12% ont atteint l'université contre 18% et 8% chez les femmes). Les différences sont beaucoup moins importantes que ce que l'on croyait au départ.

Enfin, le niveau scolaire des répondants varie légèrement en fonction du district socio-sanitaire ($\chi^2 = 20.6$; $p < .05$). Ainsi, 25% des répondants du district de Dolbeau n'ont pas dépassé le cours primaire (contre 15% ailleurs). De même, seulement 5% des mêmes répondants ont atteint l'université (contre environ 10% ailleurs). Ces particularités du district de Dolbeau expliquent l'essentiel des différences constatées.

2.3.2 L'occupation principale: (118 données manquantes, 12.2%):

Chaque répondant devait indiquer son occupation PRINCIPALE au cours de la dernière semaine écoulée. Six choix de réponse étaient offerts: EN CHARGE DU FOYER, EN CHOMAGE (à la recherche d'un emploi, SANS EMPLOI (mais n'en recherche pas), ETUDIANT, A LA RETRAITE, EMPLOI REMUNERE ou ABSENCE TEMPORAIRE S'Y RAPPORTANT (vacances, congé maladie, grève). Aux fins d'analyse, les catégories "en chômage" et "sans emploi" apparaissent regroupées sous le titre "sans emploi" au tableau 6 (page 52).

Il est intéressant d'examiner la distribution de cette "occupation principale" dans notre échantillon et de la comparer à la population du DSC (après ajustement en fonction du sexe): les divergences entre les deux sexes sont si fortes que la distribution des occupations s'en trouve bouleversée. Ainsi pour l'ensemble de la population (DSC ajusté), il est possible d'estimer à 39% des adultes la proportion d'adultes "en charge du foyer" (contre 47% des répondants à notre questionnaire). Les "sans emploi" (à la recherche ou non d'un emploi, inscrits ou non à l'Assurance-Chômage) représentent 22% de la population adulte (contre 19% de l'échantillon alors que les personnes qui occupent un emploi rémunéré constituent 29% de la population (24.6% de l'échantillon). Enfin pour ce qui est des retraités, le chiffre ajusté (7.6% correspond assez bien à la donnée obtenue de l'échantillon (7%), de même

que pour la catégorie "aux études" (2.5% dans les deux cas).

Cette variabilité se traduit évidemment par de fortes relations entre l'occupation principale et les diverses variables indépendantes examinées (âge, sexe et district).

Ainsi, pour l'âge, la relation statistique est fortement significative ($\chi^2 = 76.0$, $p < .0001$), même après exclusion des personnes âgées et des occupations "retraite" et "études" (pour la raison que les personnes âgées sont presque toutes retraitées et que les étudiants se recrutent essentiellement chez les jeunes). Il reste que l'occupation "en charge du foyer" augmente fortement avec l'âge du répondant, passant de 24% chez les 20-24 ans à 51% (25-44 ans) et 65% (45-64 ans). On constate la relation inverse chez les sans emploi dont la proportion de 39% chez les 20-24 ans baisse à 17% chez les 25-44 ans et 12.5% chez les 45-64 ans. Quant au "travail rémunéré" l'on constate une baisse remarquable après 44 ans: 17% chez les 45-64 ans contre 30% chez les 25-44 ans et 27% chez les 20-24 ans. Il faut bien comprendre cependant que les répondants sont en majorité des femmes (70%) ce qui fausse le portrait puisque, en particulier chez les gens âgés de 45 ans ou plus, il est assez rare que les femmes occupent un emploi rémunéré.

Cette remarque est illustrée d'évidence par la relation très fortement significative entre occupation et sexe ($\chi^2 = 101.8$, $p < .0001$). Le tableau 6, section 2 (page 52) et la figure 6 (page 53) confirment hors de tout doute l'évidence selon laquelle plus de femmes possèdent l'occupation "en charge du foyer" (58% contre 20% des hommes). Par conséquent, plus d'hommes occupent un emploi (38% contre 20% des femmes) ou se déclarent sans emploi (30% contre 14% des femmes). Enfin, 9.7% des hommes contre 5.5% des femmes se déclarent "à la retraite" alors que 2.5% des étudiants de chaque sexe disent être aux études.

Enfin, l'occupation varie également de façon significative en fonction du district socio-sanitaire ($\chi^2 = 28.8$, $p < .01$). Cette relation s'explique surtout par la proportion élevée de "au foyer" à Chibougamau et Dolbeau (respectivement 53 et 54% contre 42% environ à Roberval et Aima). De même, la proportion de travailleurs est plus forte à Chibougamau et Roberval (29.5% contre 19.5% à Dolbeau et 22% à Aima). Finalement, les "sans emploi" sont plus nombreux à Aima (24.5%) et beaucoup moins à Chibougamau (12.3%), alors que Roberval (15.5%) et Dolbeau (16.8%) montrent des chiffres semblables.

2.3.3 Le statut socio-économique (245 données manquantes, 25.2%):

Afin d'évaluer le statut socio-économique d'une personne (d'un ménage), le questionnaire demandait au répondant d'inscrire sa profession et celle de son conjoint (lorsqu'indiqué). À partir de la plus élevée de ces professions, nous avons attribué une cote à chaque répondant selon une adaptation locale de l'échelle des catégories socio-professionnelles de Blisshen (9, 10), déjà testée au DSC de Roberval et dont le travail faisait lui-même suite à celui de Pineo et Porter (11). Les données figurent au tableau 7 (page 54).

Les résultats ont permis d'évaluer à 56.6% la proportion de la population régionale adulte que l'on peut classer au niveau inférieur (bûcheron, couturière, coiffeuse, camionneur, menuisier,...), 8.2% au niveau moyen-inférieur (ambulancier, boucher, opérateur de machinerie lourde, garde-malade auxiliaire, vendeur,...), 15.5% au niveau moyen-supérieur (caissière, commis de bureau, facteur, hygiéniste dentaire, mécanicien, secrétaire,...), et 13.2% au niveau supérieur, un regroupement des classes 4 à 6 (assureur, cadre, gérant, infirmière, enseignant, économiste, ingénieur, policier, architecte, comptable, médecin,...).

Le statut économique diffère significativement selon l'âge ($\chi^2 = 23.5$, $p < .001$). Ainsi plus de jeunes (69% des 20-24 ans) et de personnes relativement âgées (65% des 45-64 ans) ont un statut socio-économique inférieur (contre 51% des 25-44 ans). Les classes moyennes apparaissent assez également réparties entre les divers groupes d'âge. Par contre, plus de 25-44 ans possèdent un statut supérieur (18.5%) comparativement aux plus jeunes (20-24 ans: 8%) et aux plus âgés (45-64 ans: 1%).

Enfin, les tests statistiques révèlent une relation légèrement significative avec le district socio-sanitaire ($\chi^2 = 17.1$, $p < .05$). Les districts d'Alma (63.5%) et surtout Dolbeau (69%) comptent plus de répondants de statut inférieur que ceux de Chibougamau et Roberval (environ 55%). Ces derniers possèdent par contre plus de "classe moyenne" (Chibougamau, 32.3%; Roberval, 30.8%) que les districts de Dolbeau (20.4%) et Alma (19%). Pour ce qui est de la classe supérieure, le district d'Alma (un milieu plus urbain) en compte plus de représentants (17.5%) que les autres (environ 12%).

2.4 La situation familiale: (47 données manquantes, 4.8%):

Cette dimension, importante pour l'individu et au plan de l'organisation des services, sera essentiellement traitée ici afin de segmenter les divers audi-

toires de l'information socio-sanitaire. Ainsi, pour l'analyse des besoins et des problèmes des répondants (modules ultérieurs), les résultats pourront être stratifiés, entre autres, entre parents et non parents, ou selon que l'on est parent, d'adolescents par exemple. Le tableau 8 (page 56) résume l'essentiel de l'information discutée ici.

La grande majorité de nos répondants (75%) se sont déclarés mariés (ou vivant en union libre), les autres étant pour l'essentiel célibataires (16%). Les cas de veuvage (5%) ou de séparation-divorce (2.6%) apparaissent rarement alors que quelques religieux (7 cas, soit 0.8%) ont complété et retourné le questionnaire.

Pour ce qui est des enfants de 18 ans vivant à la maison, la situation se répartit comme suit: 508 répondants (57.2%) en ont au moins un, 380 (42.8%) n'en n'ont pas. Lorsque l'on fait le détail, 123 personnes ont au moins un enfant de moins d'un an, 214 ont au moins un enfant âgé de un à quatre ans, 283 déclarent au moins un enfant de cinq à onze ans et 216 un adolescent de 12 à 17 ans. Ces catégories ne sont pas, bien sûr, mutuellement exclusives.

2.5 La vie communautaire: (38 données manquantes, 3.9%):

Une seule variable fut utilisée comme indicateur de cette dimension: le fait d'appartenir à au moins un groupe ou association communautaire.

En fait, près de 40% des adultes interrogés (354 cas) mentionnent faire partie d'un groupe ou d'une association communautaire (ex.: AFEAS, Chevaliers de Colomb,...). Ce qui apparaît assez impressionnant, quoiqu'il ne s'agisse que d'être membre et non-nécessairement de participer activement...

Comme le montre le tableau 9 (page 57), le taux de participation à la vie communautaire ("faire partie d'un organisme") varie de façon significative selon l'âge ($\chi^2 = 57.6$, $p < .0001$) et le niveau de scolarité atteint ($\chi^2 = 11.6$, $p < .01$).

En fait, la section 1 du tableau 9 montre une relation quasi-linéaire entre l'âge et la participation communautaire ($\gamma = 0.42$). Le taux de participation augmente sensiblement avec l'âge, passant de 18.8% chez les 20-24, à 35.5% chez les 25-44, 52.5% chez les 45-64, pour atteindre un sommet de 58.2% chez les 65 ans et plus. La popularité des Clubs de l'Age d'or compte sans doute pour beaucoup dans cette relation. La section 3 souligne une légère relation inversement proportionnelle entre le niveau de scolarité et la participation à la vie communautaire ($\gamma = 0.17$). Plus on

est instruit, moins l'on tend à être membre d'un groupe ou association communautaire: le taux de participation, qui est de 48.2% chez les gens ayant un cours primaire, passe à environ 35% chez ceux de niveau secondaire ou collégial, et seulement 29% pour les universitaires. Cette relation s'explique très bien par la forte association entre scolarité et âge (voir le tableau 5, page 51).

Pour ce qui est des autres variables étudiées, les tests statistiques n'ont révélé aucune relation significative avec le sexe ($\chi^2 = 1.4$, N.S.), le statut socio-économique ($\chi^2 = 1.3$, N.S.) ou le district socio-sanitaire ($\chi^2 = 2.5$, N.S.).

3. LES HABITUDES DE VIE:

Cette section du plus haut intérêt pour la santé communautaire doit être considérée comme l'un des nombreux bénéfices marginaux de la présente enquête. Nous avons décidé de profiter de l'occasion pour interroger la population adulte sur quelques domaines de santé qui nous intéressent. Le but était de monter un indice de risque à la santé qui sera étudié au prochain chapitre.

Le rationnel qui guidait l'inclusion des habitudes de vie dans une étude sur les besoins en information était, outre de connaître la prévalence et la distribution de ces habitudes néfastes, d'identifier si possible des sujets pour la promotion d'habitudes de vie saine. Cette opération fournit également la base d'une surveillance de l'évolution dans le temps de ces habitudes délétères.

Les habitudes étudiées dans cette recherche touchent le tabagisme, la consommation d'alcool, le petit déjeuner, la circulation automobile et l'activité physique. Bien sûr, les données obtenues ne procèdent pas de l'observation directe des sujets mais plutôt de leurs réponses librement consenties. Cependant, en dépit des limites intrinsèques à ce type de données déclarées, nous avons pris la précaution d'utiliser, lorsque possible, les mêmes questions que l'Enquête Santé-Canada (12), qui servira de base de comparaison.

De plus d'importantes études épidémiologiques ont démontré la chute de l'état de santé général chez les gens qui adoptent les comportements sanitaires malsains ou qui négligent les saines habitudes. En fait, plusieurs de nos questions sont tirées de la plus importante de ces études, celle portant sur une cohorte d'habitants d'Alameda County, en Californie (16).

3.1 Le tabagisme: (45 données manquantes, 4.6%):

Le tabac constitue, et de loin, le pire agresseur environnemental à la santé de l'être humain, celui dont les dégâts sont les mieux démontrés et les plus coûteux en terme de mortalité, de morbidité et de pertes économiques. Plusieurs études sérieuses réalisées depuis la célèbre déclaration du "Surgeon General" des Etats-Unis, au début des années '50 (17), ont traité des conséquences néfastes de cette habitude chez l'utilisateur du tabac et son entourage. Nous ne citerons ici que quelques-uns de ces milliers de rapports de recherche, articles scientifiques et thèses (16, 17, 18, 19, 20, 21).

Cette habitude délétère compte parmi ses conséquences morbides les plus marquées: le cancer du poumon, le cancer des voies respiratoires et de la cavité buccale (bouche, larynx, pharynx, trachée,...), plusieurs autres cancers localisés ailleurs (côlon, utérus, ...), les maladies cardiaques et de l'appareil circulatoire, l'emphysème, les incendies accidentels, certains accidents d'auto, etc...

Ces conséquences extrêmement sérieuses en terme de santé publique justifient clairement l'inclusion de cette problématique dans la présente enquête et la préoccupation de promotion sanitaire du D.S.C. face à ce phénomène.

Deux questions portaient sur les habitudes tabagiques des personnes interrogées. La première concerne plutôt la perception du répondant: se voit-on comme un non-fumeur, un fumeur modéré ou un gros fumeur. La seconde traite de la consommation en terme de nombre de cigarettes fumées la veille. Enfin, nous tenterons de comparer les chiffres obtenus dans notre enquête à ceux de l'Enquête Santé-Canada.

3.1.1 Type de fumeur:

Les répondants devaient indiquer leur type de fumeur (tel qu'ils se voient) parmi quatre choix possibles: non-fumeur, ex-fumeur, fumeur modéré et gros fumeur. Aucun barème objectif ne leur était fourni, ils devaient répondre en fonction de leurs perceptions.

Le tableau 10 (page 58) fournit les données sur le type de fumeur. A l'échelle de la sous-région (données ajustées), 47.3% des adultes se considèrent "non-fumeurs". Les autres se disent "ex-fumeurs" (10.3%), "fumeurs modérés" (29.8%) ou "gros fumeurs" (12.6%).

Afin de vérifier, en quelque sorte, le sérieux des répondants, nous avons croisé le type de fumeur avec la consommation de cigarettes la veille. Aucune incohérence majeure n'est notée. Tous les "non-fumeurs" ont été logiques dans leur réponse: ils n'avaient fumé aucune cigarette la veille. Les autres catégories apparaissant au tableau 10, section 1, semblent assez concordantes également.

Enfin, les tests d'hypothèse n'ont révélé aucune différence significative du type de fumeur selon l'âge ou le sexe, même si plus de femmes que d'hommes déclarent appartenir à la catégorie "non-fumeur" (51.9% contre 42.8%).

3.1.2 Consommation de cigarettes la veille:

L'usage du tabac est relié à une multitude de troubles de santé comme l'ont démontré de nombreuses études indépendantes depuis 1945 (16, 17, 18, 19, 20, 21). Les conséquences mortelles de l'usage de ce poison comptent le cancer du poumon, les maladies cardiaques, l'emphysème, l'infarctus et tous les cancers des voies respiratoires. De plus une étude récente établit à 15.6% la probabilité qu'un fumeur de 35 ans de mourir avant l'âge de la retraite (65 ans) d'une maladie reliée à son vice (contre moins de 5% pour un non-fumeur) (29).

Toutes ces raisons justifient pleinement l'inclusion de questions sur le tabagisme dans la présente étude.

Chaque répondant était invité à indiquer sa consommation de cigarettes la veille de l'enquête en marquant l'une des catégories suivantes: aucune, 1 à 10, 11 à 20 ou 21 et plus. Les résultats détaillés apparaissent au tableau 11 (page 59).

Après correction mathématique en raison de la surreprésentation féminine, 59% des adultes n'avaient fumé aucune cigarette la veille du jour où ils ont complété le questionnaire; 12.8% avaient fumé moins d'un demi-paquet (1 à 10 cigarettes) et 16% avaient consommé 11 à 20 cigarettes. Enfin, les résultats indiquent que 12.2% des répondants ont fumé plus d'un paquet (21 cigarettes et plus). Ces proportions varient de façon significative selon plusieurs variables: l'âge, le sexe, la fréquence du petit déjeuner et la consommation d'alcool.

Ainsi, l'âge s'avère un facteur différentiel important de la consommation de cigarettes ($\chi^2 = 23.7$, $p < .01$). En fait, les répondants plus âgés ont plus ten-

dance à n'avoir pas fumé la veille: 72% des 65 ans et plus et 66% des 45-64 ans n'avaient fumé aucune cigarette contre 57% des 25-44 ans et 60% des 20-24 ans. De plus, à peine 1.6% des 65 ans et plus avaient fumé plus d'un paquet. Chez les autres groupes d'âge, l'on retrouve les pourcentages suivants de fumeurs de 21 cigarettes ou plus: 9.2% (20-24 ans), 13% (25-44 ans) et 11.1% (45-64 ans). Cette situation s'explique sans doute en partie par des contre-indications médicales: plusieurs maladies dégénératives exigent que la personne atteinte cesse de fumer et les personnes âgées sont évidemment plus touchées. De plus, la surreprésentation féminine importante chez les plus âgés constitue une autre explication plausible.

Le sexe du répondant apparaît comme une seconde variable discriminante légèrement significative ($\chi^2 = 10.4$, $p < .05$). Les tests statistiques viennent confirmer l'hypothèse voulant que les hommes soient plus gros fumeurs que les femmes comme le montre le tableau 11, section 2. En fait, la consommation évolue en sens presque inverse entre les deux sexes: aucune cigarette (55.7% des hommes, 62.4% des femmes), 1 à 10 cigarettes (11.1% des hommes, 14.5% des femmes), 11 à 20 cigarettes (18.8% des hommes, 13.2% des femmes) 21 cigarettes et plus (14.4% des hommes et 9.9% des femmes). Si l'on tente de convertir ces valeurs de catégories en consommation moyenne, on peut évaluer à environ 7.7 cigarettes (la veille) la consommation moyenne des hommes, contre 5.7 cigarettes pour celle des femmes. L'Enquête Santé-Canada démontrait également la même association (12).

Le tableau 11 (section 5) révèle également une relation étroite, mais inverse, entre la consommation de cigarettes et la fréquence hebdomadaire du petit déjeuner ($\chi^2 = 52.0$, $p < .0001$; gamma = 0.361): la fréquence du déjeuner est inversement proportionnelle à la consommation de cigarettes. Ainsi, chez les personnes qui disent déjeuner à tous les jours, 65.4% n'avaient pas fumé de cigarette la veille. Ce pourcentage oscille autour de 42% chez ceux qui ne déjeunent pas tout le temps. De plus, la proportion de gros fumeurs (21 cigarettes et plus) atteint 26% chez les personnes qui ne déjeunent jamais (contre environ 12% pour les autres groupes). Ces deux indicateurs de mauvaises habitudes de vie, tabagisme et mauvaise alimentation, paraissent donc étroitement liés.

L'usage du tabac apparaît également relié de façon significative à la consommation d'alcool ($\chi^2 = 23.4$; $p < .05$). De façon générale, chez les répondants ayant déclaré une faible consommation d'alcool dans la dernière semaine (0-3 consommations), beaucoup moins de personnes avaient fumé la veille (63.2%) que chez les buveurs plus réguliers (seulement 50.3% de non-fumeurs chez les gens qui ont bu plus de trois consommations durant la semaine précédente). Le même phénomène se reproduit au niveau

des gros fumeurs (plus de 20 cigarettes hier): on ne retrouve que 10.1% de gros fumeurs chez les petits buveurs alors que cette proportion est de 18.1% chez les buveurs ayant pris plus de trois consommations. Ces associations statistiques concordent assez bien avec les résultats de l'Enquête Santé-Canada (12): les deux mauvaises habitudes que constituent la consommation de tabac et d'alcool co-habitent trop souvent... et constituent alors une double menace à la santé des individus.

Les autres tests d'hypothèses réalisés se sont tous avérés négatifs. Ainsi, la consommation tabagique n'est associée de façon statistiquement significative avec aucune des variables suivantes: la présence de jeunes enfants à la maison, le port de la ceinture de sécurité en automobile, le niveau d'activité physique, le statut économique, le district socio-sanitaire et le niveau de scolarité. Ce dernier test va à l'encontre des résultats de l'Enquête Santé-Canada qui révélait une association entre le tabagisme et l'instruction: les moins instruits fumaient plus. Le Lac-St-Jean apparaît donc différent du reste du Canada sous cet aspect: la consommation de tabac n'y est pas plus grande que chez les gens peu instruits.

3.2 Consommation d'alcool déclarée: (29 données manquantes, 3%):

Au même titre que l'usage du tabac, la consommation d'alcool peut s'avérer extrêmement préjudiciable pour la santé: les études sérieuses sont tout aussi nombreuses pour le démontrer (22, 23). Les manifestations morbides de cette habitude délétère comptent parmi leur liste les cirrhoses du foie, diverses formes de cancer (voies respiratoires et système digestif), les problèmes cardiaques, les problèmes digestifs, les comportements criminels, les accidents de la route et divers problèmes sociaux (divorce, violence familiale, délinquance juvénile,...) (22).

L'inclusion de cette variable dans l'étude s'en trouve donc pleinement justifiée.

Chaque répondant pouvait répondre à la question "Combien de consommations de boisson alcoolisée (bouteille de bière, coupe de vin, verre de fort) avez-vous bues au cours de la dernière semaine, approximativement?" La personne devait indiquer l'un des choix suivants: aucune, 1-3, 4-7, 8-13, 14 et plus. Les résultats détaillés et les tableaux de contingence apparaissent au tableau 13 (page 63).

Une évidence saute à l'oeil: l'influence de la surreprésentation féminine sur les chiffres de consommation d'alcool. En effet, la comparaison des lignes

"ensemble des répondants" et "DSC ajusté" révèle que la pondération en fonction du poids réel de chaque sexe modifie de façon substantielle les estimés pour la population.

Ainsi, cette correction ramène à 52.7% la proportion d'adultes qui n'avaient rien bu d'alcoolisé durant la dernière semaine (au lieu du 59.9% de l'échantillon brut). Les mêmes changements frappent les catégories de buveurs dont les estimés corrigés sont de 23.5% (1-3 verres), 13.9% (4-7 verres), 5.6% (8-13 verres) et 4.4% (14 verres et plus).

Si l'on tente de comparer ces chiffres à ceux de l'Enquête Santé-Canada (12), qui apparaissent au tableau 12 (page 61), l'on constate une consommation d'alcool beaucoup plus faible dans notre échantillon que chez l'ensemble des Canadiens. En fait, 52.7% de nos répondants affirment n'avoir pris aucun alcool durant la dernière semaine (35% des hommes et 71% des femmes) contre seulement 42% chez Santé-Canada (29% des hommes, 54% des femmes). Les différences sont moins fortes pour les consommateurs moyens, 1 à 13 verres (43% à Roberval, 46% au Canada). Par contre, l'analyse selon le sexe révèle des écarts importants: les hommes sont plus nombreux chez les buveurs moyens (57% contre 50% au Canada) alors que les femmes le sont moins (29% ici contre 42%). Chez les gros buveurs (14 consommations et plus), les divergences sont à leur maximum entre l'enquête régionale (4.4% au total, soit 8.3% des hommes et 0.3% des femmes) et l'Enquête Santé-Canada (14.1% au total, 23.5% des hommes et 5.3% des femmes).

Comment expliquer ces écarts tout à fait inattendus, si l'on considère d'autres variables où tout concorde, si l'on tient compte surtout de la réputation de "solides buveurs" attachée aux Jeannois? et des chiffres de consommation d'alcool plus élevés dans notre région que pour l'ensemble du Québec (environ 11.45 litres per capita, par an, contre 10.9% au Québec)? (13) On ne peut bien sûr rejeter complètement l'hypothèse d'une consommation moindre que pour l'ensemble canadien. En fait, dans l'ensemble, les Québécois boivent moins que les Canadiens (12).

La méthode utilisée pour interroger les répondants peut avoir influencé les résultats. On utilisait le même type de questionnaire auto-complété à la maison dans les deux enquêtes. Cependant, pour Santé-Canada, il s'agissait d'une section cruciale à laquelle 14 questions étaient consacrées (avec un rappel d'une semaine très élaboré). Pour l'enquête régionale, il s'agissait d'une question très secondaire (une seule question avec rappel hebdomadaire simple). La méthode plus élaborée et plus précise de Santé-Canada peut avoir amené le répondant à mieux se souvenir... Et, comme les gens boivent pour oublier, leurs souvenirs sont alors plus exacts!

D'autre part, plusieurs arguments appuient l'hypothèse d'une consommation d'alcool inférieure de la population régionale. L'alcool est un bien de luxe et la situation économique de l'Ontario et de l'Ouest est bien meilleure. La consommation d'alcool des Jeannois est comparable à celle des Provinces Maritimes... comme leur prospérité économique. De plus, la tradition des apéritifs du midi et du soir est peut-être mieux établie en milieu anglophone. L'Enquête Santé-Québec apportera sans doute des précisions intéressantes à ce sujet.

Cette consommation apparaît tout de même comme l'une des variables les plus intéressantes sur les habitudes de vie puisque c'est la variable qui fluctue le plus dépendamment de la catégorie de répondants (voir tableau 13, page 63).

Ainsi l'âge détermine des catégories de buveurs très différentes statistiquement ($\chi^2 = 38.4, p < .0001$). En fait, la proportion d'adultes ayant bu durant la semaine précédente diminue sensiblement avec l'âge (passant de 54.2% chez les 20-24, à 41.5% chez les 25-44, 32.1% chez les 45-64 et 21% chez les 65 ans et plus).

Le tableau 13, section 1, illustre cette relation même si les données s'expriment plutôt en terme de la proportion d'adultes n'ayant rien consommé (ce qui revient au même, l'on en conviendrait). Chez les gros buveurs cette relation tient bien le coup (si l'on peut dire): plus la classe d'âge est jeune, plus on y retrouve de gros buveurs. Le stéréotype du jeune qui fête à l'alcool semble donc assez bien corroboré par nos données. L'Enquête Santé-Canada avait également démontré une relation semblable (12).

La différence entre les deux sexes, pour ce qui est de la consommation d'alcool, est remarquable bien que peu surprenante: 71% des femmes n'avaient rien bu la semaine précédente, deux fois plus que chez les hommes (34.9%). Cette relation s'avère très significative statistiquement ($\chi^2 = 160.6, p < .0001$). De même, plus la consommation augmente plus la présence féminine diminue. Chez les consommateurs de 8 à 13 verres se retrouvent 9.7% des hommes et 1.4% des femmes; tandis que chez ceux de 14 verres ou plus, l'on compte 8.3% des hommes et 0.3% des femmes. Là aussi, les chiffres confirment des tendances pan-canadiennes (12).

La scolarité constitue une autre variable très discriminante entre les diverses catégories de buveurs ($\chi^2 = 15, p < .01$). La relation s'établit dans le sens des hypothèses de départ: plus la scolarité est élevée, plus la consommation d'alcool apparaît forte. Ainsi, la proportion de gens qui ont consommé la semaine dernière passe de 26.2% chez ceux qui ont une scolarité primaire,

à 39 % (secondaire), 50.6 % (collégial) et 54.9 % (universitaire). Cette consommation plus élevée s'explique sans doute, du moins en partie, par des revenus disponibles plus élevés. Pour ce qui est de la catégorie des plus gros buveurs (8 verres ou plus), la progression demeure similaire: 2.4 % chez ceux qui ont un cours primaire, 7.4 % (secondaire), 6.5 % (collégial) et 8.5 % (universitaire). Ces chiffres évoluent dans le même sens que ceux de l'Enquête Santé-Canada (12).

Toujours au tableau 13 (page 63) les tests statistiques révèlent une différence significative dans la consommation d'alcool selon le statut parental ($\chi^2 = 30.7$, $p < .0001$). Le fait d'avoir des enfants semble avoir un effet protecteur contre la consommation alcoolique: 62.1% des parents ont répondu n'avoir rien consommé durant la semaine précédente (contre 53.8% des "sans enfants"). Les différences sont encore plus évidentes chez la catégorie des plus gros buveurs, soit 14 verres ou plus: cette catégorie regroupe 1% des répondants avec enfants, mais 5.1% des sans enfants.

L'habitude de prendre un petit déjeuner montre également une relation statistiquement significative avec la consommation d'alcool ($\chi^2 = 48.4$, $p < .001$). Cette relation se manifeste particulièrement chez les plus gros buveurs: seulement 1.6 % des gens qui disent déjeuner à tous les jours déclarent boire 14 verres ou plus, contre environ 4.7 % de ceux qui déjeunent parfois (1 à 6 fois par semaine) et 9.1 % de ceux qui disent ne jamais déjeuner.

Le tableau 12 révèle aussi des différences selon le statut social du répondant. Ces différences apparaissent statistiquement significatives ($\chi^2 = 31.6$, $p < .001$), mais difficiles à expliquer. Une chose semble claire cependant: les répondants de la classe inférieure avaient moins bu la semaine précédente (62.9% de "aucun verre") que les autres classes (47 % de "aucun"). Cette observation corrobore, en quelque sorte, les remarques faites dans le cas de la scolarité et concorde avec les résultats de l'Enquête Santé-Canada (12), les classes plus pauvres ont moins d'argent disponible pour des achats d'alcool.

Enfin, le dernier test tend à infirmer l'hypothèse d'une différence de consommation alcoolique selon le district socio-sanitaire ($\chi^2 = 14.2$, N.S.). Les données apparaissent assez semblables et les différences sont non-significatives. Par exemple, pour la catégorie "aucune consommation durant la semaine", la proportion de répondants varie de 54.8 % (Chibougamau), à 59.6% (Alma), 60.1 % (Dolbeau) et 63.4 % (Roberval).

3.3 Petit déjeuner: (23 données manquantes, 2.4%):

La consommation régulière du petit déjeuner est un signe de bonne alimentation relié de façon positive à un meilleur état de santé comme l'a montré l'étude d'Alameda County (16). C'est un indice simple qui a été utilisé avec succès au DSC et dans d'autres études par le passé (14, 15, 16). Il s'agit toujours de la consommation déclarée sur un auto-questionnaire (et non celle observée). La question était libellée ainsi: "Durant la dernière semaine, combien de fois avez-vous pris un petit déjeuner (le matin)?" Quatre choix de réponse étaient disponibles: "à tous les jours", "4-6 jours", "1-3 jours" et "je n'ai pas pris de petit déjeuner". Cette façon de procéder est analogue à une classification "toujours-souvent-parfois-jamais", mais elle possède l'avantage de fournir une référence temporelle objective au répondant et de rendre possible la comparaison en minimisant la variabilité inter-individu (qui se demande "Quelle est la différence entre souvent et parfois?").

Il est clair que la prise du déjeuner est une habitude très bien ancrée chez les adultes de la région: 76.1 % avaient pris un déjeuner tous les jours et 6.7% 4 à 6 fois durant la dernière semaine. Il reste tout de même 17 % d'adultes qui omettent très souvent ce repas.

Les résultats figurent au tableau 14 (page 65) et soulignent des différences intéressantes entre diverses catégories d'individus.

Ainsi, les variations de la prise du petit déjeuner selon l'âge du répondant s'avèrent très significatives, statistiquement ($\chi^2 = 42.3$; $p < .001$). En fait, certains tests statistiques indiquent même que la régularité de la prise du déjeuner augmente avec l'âge (gamma = -0.34). La proportion de répondants qui prennent un déjeuner chaque jour passe de 64.2 % (chez les 20-24 ans), à 77.2 % (chez les 25-44), 87.2 % (chez les 45-64) et 88.9 % (chez les personnes âgées). De même, la proportion de répondants qui n'ont pris aucun déjeuner dans la dernière semaine passe de 12.7 % (chez les jeunes de 20 à 24 ans), à 7.3 % (25-64 ans) et à 3.2 % (chez les personnes âgées).

Il est difficile de dire si ces chiffres reflètent une conjoncture structurelle (ex.: les jeunes sont plus actifs, au sens économique, et manquent de temps) ou culturelle (ex.: cette habitude est fortement ancrée chez les plus vieux). Personnellement, la seconde hypothèse semble plus plausible: les 45-64, aussi actifs que les jeunes, déjeunent autant que les retraités. Le petit déjeuner serait donc une habitude beaucoup plus ancrée chez les répondants plus âgés qui se sont fait répéter, tout au long de leur enfance, que "le déjeuner est le repas le plus important de la journée".

Les tests statistiques montrent également une différence légère mais significative entre les deux sexes ($\chi^2 = 7.9$, $p < .05$). Les hommes prennent moins régulièrement le petit déjeuner (71.9 % de "chaque jour") que les femmes (80.2 %).

De plus, le statut social est un facteur discriminant très important quant à l'habitude de prendre un petit déjeuner ($\chi^2 = 37.5$, $p < .0001$). La catégorie moyenne-supérieure (vendeur, commerçant, commis, garagiste, ouvrier spécialisé, secrétaire,...) déjeune beaucoup moins régulièrement que toutes les autres classes (63.2 % contre environ 79 % chez les autres groupes); la catégorie supérieure (cadres, infirmières, ingénieurs,...) déjeune quant à elle un peu plus (88.4 %).

Enfin, la prise d'un petit déjeuner varie peu ($\chi^2 = 15.4$, N.S.) selon le district socio-sanitaire à l'exception de celui de Dolbeau, où l'on déjeune plus régulièrement qu'ailleurs (84.6 % "chaque jour" contre 76 %).

Signalons en passant que la fréquence du déjeuner semble beaucoup plus régulière dans notre région (78 % "chaque jour") que dans l'étude d'Alameda County, Oakland, U.S.A. (seulement 51 % des répondants déjeunaient "presque chaque jour") (16). Il est tout à fait plausible de croire en fait que plus de gens prennent le temps de déjeuner en milieu rural qu'en milieu urbain. Hypothèse que l'Enquête Santé-Québec permettra sans doute de vérifier.

3.4 Circulation automobile:

Les problèmes de santé reliés aux accidents de véhicules à moteur ont reçu dernièrement une grande attention de la part des DSC. En ce domaine, le port régulier de la ceinture de sécurité constitue un moyen de prévention simple et efficace des conséquences morbides des accidents. C'est sans doute la première mesure de protection personnelle à promouvoir. A cette fin, le questionnaire interroge les gens sur leurs habitudes du port de la ceinture. Les réponses sont classées sous cinq catégories: toujours ou presque (plus de 90 % du temps), habituellement (60-89 %), à l'occasion (40-59 %), rarement (10 à 39 %) et jamais (moins de 10 %). En fait, l'objectif visé est de tenter d'identifier des catégories de répondants qui portent moins la ceinture afin de voir s'il y aurait lieu de concentrer, chez eux, les efforts de promotion.

Pour l'ensemble des adultes, 60 % des répondants affirment porter toujours ou presque cette mesure de protection. Cette proportion est la même que

celle obtenue lors de l'Enquête Santé-Canada dans les provinces où le port de la ceinture est obligatoire (12) et concorde assez bien avec les chiffres de la Régie de l'assurance-automobile pour 1983 (25).

Comme le montre le tableau 15 (page 67), cette habitude varie considérablement selon les diverses catégories de répondants.

Ainsi, l'âge détermine des taux significativement distincts de port de la ceinture ($\chi^2 = 21$, $p = .05$). Les jeunes (20-24 ans) ont moins tendance à toujours la boucler (seulement 54 % contre 61% pour les autres groupes).

Le sexe marque également certaines différences significatives ($\chi^2 = 9.1$, $p = .05$). Les hommes utilisent beaucoup moins cette mesure préventive que les femmes: seulement 54.6 % répondent "toujours" contre 63.4 % des femmes. De même, 5.7 % des hommes (contre 3.1 % des femmes) disent ne "jamais" l'employer.

Pour ce qui est du statut socio-économique, les différences ne sont pas significatives dans l'ensemble ($\chi^2 = 18.0$, N.S.). Cependant, les classes "moyenne-inférieure" (53 %) et "moyenne-supérieure" (52 %) portent beaucoup moins la ceinture "toujours" que les répondants des classes "inférieure" (62 %) et "supérieure" (63 %).

Enfin, le district de résidence s'avère un facteur déterminant pour ce qui est du port de la ceinture ($\chi^2 = 22.4$, $p = .03$). Ainsi, alors que près de 70% des résidents du district d'Alma disent l'utiliser toujours, cette proportion diminue à 58 % (Dolbeau), 56.6 % (Roberval) et 54.5 % (Chibougamau) dans les autres districts.

Enfin, les tests montrent que l'utilisation de la ceinture ne varie pas significativement selon la scolarité du répondant ($\chi^2 = 16.6$, N.S.) ou son kilométrage annuel ($\chi^2 = 3.62$, N.S.).

3.5 Activité physique: (27 données manquantes, 2.8%):

L'activité physique vigoureuse constitue sans doute l'une des habitudes de vie les plus protectrices de la santé d'un individu. En effet, l'exercice physique est associé à toutes sortes de conséquences positives sur la santé: réduction du risque de problèmes cardiaques, contrôle de l'embonpoint, meilleure alimentation, bien-être psychologique accru... (12, 13, 15, 16).

Afin d'évaluer la popularité de cette composante, le questionnaire comportait une question perceptuelle d'ordre général: "Comment comparez-vous votre degré d'activité physique habituel (travail et loisir) à la plupart des gens de votre âge? "Cinq choix de réponse étaient fournis: "beaucoup plus actif", "plus actif", "à peu près le même", "moins actif" et "beaucoup moins actif".

Le tableau 16 (page 69) dévoile les résultats relatifs à cette variable.

En général, les gens ont une perception "égalitaire" de leur niveau d'activité physique: 50 % disent qu'ils ont à peu près le même degré d'activité que les autres. D'autre part, un peu plus de répondants se pensent plus actifs (19.2 %) ou beaucoup plus actifs (9.1 %), au total 28.3 %, que moins actifs (15.5 %) ou beaucoup moins actifs (5.8 %), soit 21.3 % au total.

La perception de son niveau d'activité physique varie significativement selon l'âge ($\chi^2 = 35.9$, $p = .001$), dans le sens attendu. Ainsi, les personnes âgées se sentent beaucoup moins actives (19.4 %) que les autres catégories de répondants (5 %).

De même, cette perception varie beaucoup selon le niveau de scolarité atteint ($\chi^2 = 36.8$, $p = .001$). Là aussi peu de surprises: les personnes plus scolarisées disent avoir un niveau d'activité physique plus élevé que les moins scolarisées. Chez les universitaires, 47.7 % se disent plus actifs, contre 25 % chez les "primaire" et "secondaire".

4. UN INDICE DE RISQUE À PARTIR DES HABITUDES DE VIE:

La notion de risque pour la santé (Health risk appraisal) est assez bien documentée (15, 16, 17, 20, 21, 22, 24). Le présent chapitre veut présenter une mesure simple du risque construite à partir des habitudes de vie (tabac, alcool, petit déjeuner, ceinture de sécurité, activité physique) et observer son évolution selon diverses catégories de répondants. Cet exercice permettra peut-être d'identifier des clientèles à privilégier en terme d'éducation et d'information sanitaire.

L'indice de risque à partir des habitudes de vie fut calculé d'après la réponse aux questions énumérées ci-dessus. Un certain nombre de points fut donc attribué selon la consommation d'alcool, l'usage du tabac et de la ceinture de sécurité, la fréquence du déjeuner et la perception de son niveau d'activité physique. L'indice ainsi obtenu fut transformé mathématiquement afin de l'établir sur une base de 100 points.

L'indice ainsi obtenu fluctue d'un minimum de 18 à un maximum de 94 sur 100. Une note basse indique un risque réduit attribuable aux habitudes de vie (0 = aucun risque) alors qu'une note élevée signale un niveau de risque élevé. L'indice de risque moyen des répondants se chiffre à 43.4 avec un écart-type de 12.4. La distribution des valeurs apparaît normale: indice de symétrie (skewness) de 0.7 et d'aplatissement (kurtose) de 3.2.

Le tableau 17 (page 71) présente les données relatives à cet indice et montre comment le risque varie entre diverses catégories d'individus (analyses de variance).

En fait, l'indice de risque varie de façon statistiquement significative selon chacune des variables étudiées. Ainsi, l'analyse de variance révèle des différences importantes entre diverses classes d'âge ($F = 3.89$, $p = .009$). Cette relation évolue dans le sens anticipé: le niveau de risque dû aux habitudes de vie diminue avec l'âge. Le risque est plus élevé chez les jeunes de 20 à 24 ans (45.4), baisse à (43.9) chez les 25-44, pour atteindre (41.5) chez les 45-64 et (40.6) chez les 65 ans et plus.

De plus, le niveau moyen de risque diffère significativement selon le sexe ($t = 5.23$, $p = .000$). Comme l'on pouvait s'y attendre le risque moyen apparaît bien plus élevé chez l'homme que chez la femme (indice de 46.9 contre 42.1).

Dans le cas du niveau de scolarité, les différences sont significatives ($F = 4.80$, $p = .003$) mais beaucoup plus inattendues. Ainsi, les gens qui possèdent une scolarité secondaire montrent un risque plus élevé (44.9) que les autres groupes de scolarité (primaire, collégial et universitaire ont tous un indice de 41.7).

Le statut socio-économique détermine également des niveaux de risque relativement différents ($F = 3.68$, $p = .012$). Ici encore, cette relation paraît assez inattendue: les répondants de statut moyen-supérieur (commerçant, commis, vendeuse, garagiste,...) possèdent un niveau de risque bien plus élevé (46.8) que ceux de la catégorie "statut supérieur" (enseignants, avocat,...) dont le risque moyen est de 41. Les statuts "inférieur" (43.4) et "moyen-inférieur" (44.1) possèdent des niveaux de risque intermédiaires.

L'état civil s'avère également jouer un rôle significatif ($t = 2.86$, $p = .005$). Les personnes mariées (ou en union libre) montrent un indice de risque moyen dû aux habitudes de vie sensiblement plus bas que les célibataires (42.7 contre 46.1).

Enfin, le niveau de risque varie de façon statistiquement significative selon le district socio-sanitaire de résidence ($F = 2.62, p = .049$). En effet, les gens de Chibougamau possèdent un indice de risque nettement plus élevé que ceux d'Alma (45.7 contre 42.1). L'indice moyen des répondants des districts de Roberval (43.8) et de Dolbeau (43.3) se situe entre ces deux extrêmes.

5. CONCLUSION

Après cette analyse détaillée des caractéristiques des répondants et de leurs habitudes de vie, la présente conclusion tente d'évaluer le degré d'atteinte des objectifs de l'enquête (en ce qui a trait au module # 2), dresse la synthèse et discute les résultats, et esquisse une stratégie de promotion de la santé en terme d'habitudes de vie.

5.1 Degré d'atteinte des objectifs:

Le premier objectif, implicite cependant, d'une telle enquête est évidemment d'obtenir un échantillon suffisant en nombre et représentatif de la population étudiée. En ce sens, les résultats comblent les attentes les plus optimistes de l'équipe de recherche. Les 971 répondants fournissent un taux de réponse net de 72.5%, un taux élevé comparé aux barèmes des enquêtes postales (9). Ce taux satisfaisant a même permis de délaissier l'une des étapes de rappel postal prévues, une économie substantielle. La représentativité de l'échantillon recueilli apparaît tout à fait convenable pour toutes les variables de contrôle sauf le sexe. Problème corrigé par les techniques statistiques de pondération usuelles.

Un second objectif, l'identification des caractéristiques personnelles des répondants, semble pleinement atteint. Pour ces questions, parfois délicates, le taux de non-réponse est très bas, variant d'un maximum de 25 % (statut socio-économique) à un minimum de 1.8 % (âge). La plupart des non-réponses fluctuent de 1.8 à 3.6 %.

Les données ainsi recueillies ont bien rempli leurs buts: permettre d'analyser les problèmes et les besoins en information socio-sanitaire selon diverses clientèles-cibles spécifiques et de procéder à une véritable segmentation des clientèles.

Enfin les données sur les habitudes de vie constituent une sorte de bénéfice marginal de l'étude: elles n'étaient pas prévues au départ. Cependant, la préoccupation de plus en plus grandissante pour la promotion de la santé

et le souci d'établir un processus de surveillance chronologique des habitudes de la population justifient pleinement leur inclusion dans une telle étude. Les résultats obtenus sont très satisfaisants: le taux de non-réponse est minime (de 1.9 %, port de la ceinture de sécurité, à 4.5 %, tabagisme). Ils permettront d'ailleurs d'esquisser, plus loin, une stratégie de promotion de la santé axée sur certaines clientèles-cibles, en fonction de divers moyens d'information.

De plus, en parallèle avec l'Enquête Santé-Québec et dans un calendrier régulier de sondages style "omnibus" les résultats discutés ici permettent d'établir une base solide pour la surveillance chronologique des habitudes de vie.

5.2 Discussion des résultats:

La présente section discute successivement chacune des cinq habitudes de vie étudiées en regard principalement des connaissances actuelles et des explications que l'on peut trouver.

Tabagisme:

L'habitude de fumer est plus répandue chez les hommes (57.2 % contre 48.1%) même si cette différence s'estompe chez les groupes les plus jeunes de la population. Les hommes sont aussi de plus gros fumeurs que les femmes. De plus, l'usage de la cigarette tend à diminuer chez les personnes plus âgées, ce qui s'explique en grande partie par des contre-indications médicales.

Ces résultats régionaux concordent assez bien avec les résultats de l'Enquête Santé-Canada (12). Les groupes les plus à risque sont les mêmes pour notre région que pour l'ensemble du Canada.

L'étude révèle aussi que l'habitude de fumer est étroitement liée à d'autres comportements délétères. Les fumeurs consomment plus d'alcool et ont beaucoup plus tendance à omettre de déjeuner que les non-fumeurs. Ici encore, ces associations statistiques reproduisent fidèlement les résultats de l'Enquête Santé-Canada.

Il faut noter un point cependant où les Jeannois s'avèrent différents des autres Canadiens: il n'existe ici aucune association significative entre tabagisme et instruction. Au contraire de l'Enquête Santé-Canada qui révélait que les Canadiens les moins scolarisés fumaient plus que les autres.

Consommation d'alcool:

A ce chapitre, l'étude régionale se démarque sensiblement de l'Enquête Santé-Canada: les résidents du DSC de Roberval consommeraient beaucoup moins d'alcool que le reste des Canadiens. En fait, les différences sont minimales chez les buveurs moyens mais elles atteignent leur maximum chez les gros buveurs (qui forment 4.4 % des répondants régionaux, contre 14.1 % des Canadiens). Ces résultats vont à l'encontre des perceptions et préjugés voulant que les Jeannois soient de gros buveurs.

Plusieurs explications sont plausibles. La méthode utilisée dans l'enquête Santé-Canada est beaucoup plus complexe et force peut-être le répondant à mieux se souvenir. D'autres arguments économico-culturels paraissent cependant plus convaincants. Ainsi, l'alcool est un bien de luxe et la situation économique est beaucoup plus prospère en Ontario et dans l'Ouest. D'ailleurs la consommation d'alcool régionale est très semblable à celle des Provinces Maritimes... tout comme le niveau économique. De plus, la tradition des déjeuners d'affaire bien arrosés et des deux ou trois apéritifs en rentrant du travail est fortement ancrée en milieu urbain, particulièrement anglophone. Alors que pour le Jeannois, sa consommation d'alcool prendra peut-être plus la forme d'une "brosse" de fin de semaine.

Enfin, il est bon de le préciser, le fait que la présente étude révèle une consommation moindre ne signifie nullement que l'alcoolisme soit absent, ou même qu'il soit moins répandu que dans l'ensemble du Canada. Les résultats disent seulement que les personnes interrogées, globalement, montrent une consommation d'alcool inférieure à celle des personnes interrogées par Santé-Canada.

Cependant, d'autres résultats plus spécifiques correspondent aux trouvailles de l'Enquête Santé-Canada. Les jeunes boivent beaucoup plus que les plus âgés. Les hommes boivent infiniment plus que les femmes. Les personnes plus scolarisées (et plus prospères) consomment aussi beaucoup plus d'alcool. Par contre, on rencontre beaucoup moins de buveurs chez les adultes qui ont des enfants à leur charge.

Petit déjeuner:

La prise régulière (chaque jour) d'un petit déjeuner constituait le seul indicateur alimentaire de l'étude. Il apparaît que cette habitude est très bien ancrée chez les adultes de notre région: plus de 76% déjeunent chaque jour.

Cette habitude varie considérablement selon le type de répondant cependant. Les personnes âgées entre autres déjeunent beaucoup plus que les jeunes adultes (89 % contre 64 %). Ce phénomène est assez facile à expliquer: ces chiffres reflètent sans doute une conjoncture structurelle (les jeunes sont plus actifs, au sens économique, et manquent de temps) et, plus encore, culturelle (le petit déjeuner est mieux ancré chez les plus âgés qui se sont toujours fait dire que "c'est le repas le plus important de la journée").

La catégorie socio-économique moyenne-supérieure (vendeur, commerçant, garagiste, secrétaire,...) déjeune beaucoup moins que les autres. Les facteurs temps et stress pourraient être des explications plausibles.

Enfin, comparativement à d'autres données provenant de milieu urbain, la population régionale déjeune beaucoup plus régulièrement; 78 % déclarent prendre un petit déjeuner contre 51 % à Oakland (par exemple) (16). Cette situation s'explique très bien par les contraintes propres à la vie urbaine: distance et temps de transport pour se rendre au travail, stress, coût,...

Port de la ceinture de sécurité:

L'étude révèle que 60 % des adultes interrogés disent porter "toujours ou presque" leur ceinture de sécurité en automobile. Chiffre qui correspond bien aux observations fournies par la R.A.A.Q. Il est rassurant de noter qu'il y a concordance entre la déclaration des répondants et l'observation directe objective. De plus, ces résultats concordent également avec les données de Santé-Canada (60 %).

Au niveau des populations-cibles, il apparaît évident que les jeunes (20-24 ans) ont moins tendance à boucler leur ceinture: 54 % seulement le font. De même, les hommes l'utilisent beaucoup moins que les femmes (54.6 % contre 63.4 %). Enfin, la situation diffère sensiblement selon le district socio-sanitaire d'un côté, les résidents du district d'Alma pratiquent plus cette mesure (70 %), de l'autre, le port de la ceinture varie de 54.5 % à 58 % dans les autres districts.

Les différences selon l'âge correspondent bien aux données de l'Enquête Santé-Canada. Il est plausible de croire que les causes de cette situation sont plutôt psychologiques: les jeunes sont plus téméraires, moins réfléchis ou ont plus tendance à refuser de se faire imposer des comportements que leurs aînés.

Activité physique:

La mesure de l'activité dans le questionnaire: on mesure la perception du niveau d'activité physique du répondant par rapport à ses pairs, et non par un niveau objectif de dépense énergétique. Cette dernière approche est utilisée par contre par Santé-Québec.

Cette perception de son propre niveau d'activité varie sensiblement selon l'âge, dans le sens attendu: beaucoup plus de personnes âgées se sentent moins actives que leurs pairs (19.4 % contre 5 % chez les autres classes d'âge). Cette perception, varie également selon le niveau de scolarité: les plus scolarisés se trouvant plus actifs (48 % des universitaires contre 25 % des "primaire" ou "secondaire" se disent plus actifs).

Ces données identifient sans doute des clientèles-cibles potentielles mais il faudra les étayer par des mesures moins "molles" comme celles fournies par l'Enquête Santé-Québec

Indice de risque à partir des habitudes de vie:

Lorsque l'on combine toutes les variables relatives aux habitudes de vie, on peut construire un indice qui situe chaque individu sur une échelle de risque dû à ses habitudes de vie.

Cet indice identifie clairement des clientèles "à risque" en terme d'habitudes de vie globales. Ainsi, les hommes, les individus de la classe moyenne-supérieure, les célibataires, les résidents du district de Chibougamau et les répondants les plus jeunes (20-24 ans) dépassent nettement le niveau de risque moyen de la région. Les gens qui ont une scolarité secondaire ont aussi un niveau de risque plus élevé que les autres.

Plusieurs de ces associations statistiques ont déjà été révélées par des études semblables (16) et toutes sont plausibles si l'on tient compte des styles de vie différents propres à chacune de ces catégories de répondants.

5.3 Stratégie d'intervention:

L'étape la plus délicate de toute recherche survient à la fin du processus. C'est sans doute le contact entre la recherche et l'intervention: comment traduire dans l'action, les besoins ou problèmes identifiés par la recherche? Pour faciliter ce contact, la présente section propose une stratégie globale

de promotion basée sur les résultats du module #2.

Ce plan de communication fut construit de la façon suivante: pour chacune des habitudes de vie, la recherche identifie certaines clientèles-cibles plus touchées et, pour chacune de ces clientèles, des médias qui lui sont spécifiques (voir module #6: les moyens d'information).

5.3.1 Tabac:

La première clientèle-cible qui se distingue des autres par sa consommation supérieure de tabac: les hommes. Ce qui, bien sûr, ne signifie pas que les "femmes", les "universitaires"... ou tout autre groupe de répondants ne fument pas.

La recherche a simplement démontré que, comme dans d'autres enquêtes de ce type, les hommes sont de plus gros fumeurs. Les résultats permettent aussi d'identifier des moyens d'information (médias) plus spécifiques pour cette population cible, de même que des médias à éviter (parce que peu populaires).

Ainsi, les hebdomadaires locaux apparaissent comme un bon moyen de rejoindre la population masculine: les sections de l'information locale et des sports sont plus particulièrement appropriées. La radio (aux heures de pointe du matin) constitue un second médium qui risque de toucher plus spécifiquement les hommes. Au chapitre, des médias peu adaptés à cette clientèle, on retrouve les stands d'information dans les établissements publics (les hommes sont touchés beaucoup plus par ceux en centres d'achats) et le bulletin paroissial.

L'autre grande clientèle à risque identifiée, c'est les moins de 45 ans. Cette clientèle possède les mêmes habitudes de consommation média que la population en général, sauf qu'ils s'avèrent beaucoup plus friands des affiches en endroit public. Par contre, les hebdomadaires paraissent beaucoup moins populaires chez ce groupe même si les chiffres de lecture sont impressionnants (80 % les lisent régulièrement contre 92 % chez les 45-64 ans). Dans ces hebdomadaires, les pages éditoriales, l'information nationale et internationale et la chronique-santé sont à éviter. De plus, les moins de 45 ans lisent deux fois moins les quotidiens que les adultes plus âgés. Enfin, ils sont également bien moins touchés par la télé communautaire et, évidemment, le bulletin paroissial.

5.3.2 Alcool:

En terme de consommation de boissons alcoolisées, l'enquête permet d'identifier quatre groupes de clientèles à risque: les adultes de la classe moyenne-inférieure, ceux qui possèdent une scolarité élevée, les hommes et les jeunes de 20 à 24 ans.

Les moyens d'information les plus spécifiques à la classe moyenne-inférieure furent identifiés comme étant les hebdomadaires (information locale, pages sportives), les stands (kiosques d'information) et le Journal de Québec. Par contre, la section arts et spectacles des hebdomadaires, les cahiers thématiques, Le Quotidien, la télé communautaire et le bulletin paroissial sont des véhicules d'information peu appropriés. Les autres médias examinés sont utilisés de la même façon que par la population en général. Ce groupe "classe-moyenne-inférieure" englobe les professions de type ambulancier, caissière de magasin, chauffeur d'autobus, commis-vendeur, déménageur, mécanicien, ouvrier-papetier, soudeur, etc... (9).

Pour les hommes, la seconde clientèle-cible identifiée, les médias spécifiques furent décrits plus en détail à la section 5.3.1 (hebdomadaires et radio du matin).

Les jeunes de 20-24 ans sont également plus fortement touchés que les autres groupes d'âge par certaines sections des hebdomadaires locaux (information locale, sport, arts et spectacles), par la radio (6:00 à 9:00 heures) et les affiches en endroit public. Par contre, le bulletin paroissial, la télé communautaire, les quotidiens, la chronique-santé des hebdomadaires et les pages éditoriales les attirent beaucoup moins que le reste de la population.

Enfin, les répondants avec une scolarité élevée (collégiale ou universitaire) constituent la dernière clientèle à risque quant à l'alcool. Ces personnes peuvent être touchées plus spécifiquement par les hebdomadaires locaux (éditorial, information locale, nationale et internationale), les stands d'information, Le Quotidien, la radio et les affiches en endroit public. Le grand nombre de sources privilégiées exprime assez bien l'ouverture de cette clientèle à l'information. D'un autre côté, les pages sportives, la chronique-santé, les annonces classées, la télé communautaire et le bulletin paroissial semble être de bien pauvres véhicules pour l'information destinée à cette clientèle.

5.3.3 Déjeuner:

L'enquête identifie quatre groupes de répondants qui omettent de déjeuner régulièrement: les hommes et les jeunes de 20-24 ans, identifiés "à risque" pour la majorité des habitudes de vie, les résidents du district de Chibougamau et les répondants de la classe moyenne-supérieure.

Les médias spécifiques aux hommes sont décrits plus en détail à la section 5.3.1 (hebdomadaires et radio) alors que ceux qui concernent plutôt les jeunes de 20-24 ans sont discutés à la section 5.3.2 (hebdomadaires, radio et affiches).

Quant aux résidents du district de Chibougamau, ils seront, bien sûr, touchés spécifiquement par les médias locaux: La Sentinelle, CJMD et la télé communautaire (qui est particulièrement populaire dans ce district).

Enfin, la dernière jugée à risque quant au déjeuner est constituée des gens de la "classe moyenne-supérieure", soit des professions de type commerçant, contremaître, électricien, évaluateur, gérant, mécanicien spécialisé, secrétaire-sténo, homme d'affaires, technicien spécialisé, etc... Les médias identifiés à cette clientèle sont Le Quotidien et la radio de 6:00-9:00 heures. Les autres médias y occupent la même place que chez l'ensemble de la population (les hebdomadaires locaux sont donc le plus populaire).

5.3.4 Port de la ceinture de sécurité:

En ce qui concerne le port de la ceinture de sécurité en automobile, trois groupes de répondants s'avèrent plus négligents que les autres: les hommes et les jeunes de 20-24 ans (toujours eux), ainsi que les résidents des districts autres qu'Alma (Chibougamau, Roberval et Dolbeau).

Le premier groupe, les hommes, peut-être rejoint par les médias décrits en détail à la section 5.3.1 (hebdomadaires et radio) alors que les médias susceptibles de toucher plus spécifiquement les jeunes sont discutés en détail à la section 5.3.2 (hebdomadaires, radio et affiches).

Pour ce qui est des résidents des districts autres qu'Alma, les médias spécifiques sont évidemment les hebdomadaires et les postes de radio locaux.

5.3.5 Activité physique:

En ce qui concerne la dernière habitude de vie à risque considérée, l'étude révèle que le manque d'activité physique touche deux groupes bien identifiés: les personnes âgées et les gens à faible scolarité (cours primaire). Ces deux groupes sont d'ailleurs fortement interreliés.

L'étude permet d'identifier cinq moyens d'information capables de toucher de façon plus spécifique la clientèle des personnes âgées. Ces médias sont les hebdomadaires (information locale, chronique santé), le bulletin paroissial, la télé communautaire, la radio (9:00-12:00 heures) et le Quotidien. Au chapitre des médias peu susceptibles de toucher les personnes âgées, les données identifient l'information sportive et la section des arts des hebdomadaires, le Journal de Québec et les affiches en endroit public.

Quant à la clientèle de faible scolarité, il est possible de la toucher de façon plus spécifique par les hebdomadaires (dont la chronique santé), la télé communautaire et le bulletin paroissial. Les médias à éviter sont l'information nationale et internationale et la section des arts des hebdomadaires locaux, le Journal de Québec et, dans une moindre mesure, les affiches en endroit public.

Ce plan de communication doit être considéré comme une stratégie très globale de placement média, en regard des habitudes de vie étudiées.

Il faut bien comprendre cependant que l'art du placement de l'information devra souvent faire appel à des techniques précises qui transcendent ces principes généraux. Et afin de compléter le portrait des moyens d'information, le lecteur est invité à lire le module #6.

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1

ANALYSE DU TAUX DE REPONSE

Aire géographique	Envois*			Sans adresse (retour de courrier)			Décès	Réponses correctes		
	Sans #	#	Total	Sans #	#	Total		Sans #	#	Total
DSC de Roberval	1012	662	1674	207	114	321	13	541	430	971
- Chibougamau	340	40	380	101	13	114	2	136	21	157
- Roberval	233	194	427	35	45	70	5	130	128	258
- Dolbeau	327	84	411	44	6	50	4	186	57	243
- Alma	112	344	456	34	50	88	2	55	216	271
Colonne	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J

* Certains questionnaires étaient accompagnés d'une lettre et portaient un numéro pré-identifié(#) auquel il était possible de rattacher un répondant. D'autres questionnaires, en raison d'une erreur cléricale, ne furent pas pré-numérotés (sans #) ou accompagnés d'une lettre. La procédure de rappel élaborée ne peut donc être appliquée sur ce sous-échantillon. Nous avons tenu à comparer ces deux types de questionnaire afin de connaître l'effet de la procédure de rappel sur le taux de réponse (et par corollaire, le coût de notre erreur).

TAUX DE REPONSE (en %)

	DSC	Chlb.	Rbvl	Dolb.	Alma
1- Taux brut, sans #: $(H/A) \times 100$	53.5	40.0	55.8	56.9	49.1
2- Taux brut, avec #: $(I/B) \times 100$	65.0	52.5	66.0	67.9	62.8
3- Taux net, sans #: $(H/(A-D)) \times 100$	67.2	56.9	65.7	65.7	70.5
4- Taux net, avec #: $(I/(B-E)) \times 100$	78.5	77.8	85.9	73.1	73.5
5- Taux brut global: $(J/(C-G)) \times 100$	58.5	41.5	61.1	59.7	59.7
6- Taux net global: $(J/(C-F-G)) \times 100$	72.5	59.5	73.3	68.1	74.0

Tableau 2

**PROFIL DES REPONDANTS ET COMPARAISON AVEC
LA POPULATION ADULTE**

CARACTERISTIQUE (1)	ECHANTILLON		Effectif théorique ¹	POPULATION		Tests statistiques ²
	N	(%)		N	(%)	
2.1- AGE:	954	(100.0)		79862	(100.0)	
- 20-24 ans	166	(17.4)	176	14775	(18.5)	
- 25-34 ans	301	(31.6)	268	22420	(28.1)	
- 35-44 ans	192	(20.1)	179	15040	(18.8)	$\chi^2=5.84$
- 45-54 ans	139	(14.6)	143	12130	(15.2)	N.S.
- 55-64 ans	89	(9.3)	101	8450	(10.6)	
- 65 ans et +	67	(7.0)	86	7212	(9.0)	
2.2- SEXE:	941	(100.0)		79880	(100.0)	
- masculin	282	(30.0)	477	40525	(50.7)	$\chi^2=83.9$
- féminin	659	(70.0)	464	39355	(49.3)	$p<.000$
2.3- SCOLARITE:	936	(100.0)		65910	(100.0)	
- primaire	172	(18.4)	693	48745	(74.0)	
- secondaire	506	(54.0)				$\chi^2=1.6$
- collégiale	174	(18.5)	154	10805	(16.4)	N.S.
- universitaire	84	(9.0)	90	6360	(9.6)	
2.4- ETAT CIVIL:	922	(100.0)		69495	(100.0)	
- marié ou union	696	(75.4)	668	50360	(72.5)	
- célibataire	157	(16.3)	193	14550	(20.9)	$\chi^2=6.95$
- veuf	45	(4.9)	47	3575	(5.1)	N.S.
- séparé	24	(2.6)	14	1010	(1.5)	

1: L'effectif théorique est obtenu en multipliant notre échantillon par la proportion réelle de chaque groupe dans la population.

2: Le test utilisé fut le calcul du chi-carré de la distribution des effectifs observé (échantillon) et attendu (théorique) (7).

Fig 2- COMPARAISON ECHANTILLON-POPULATION

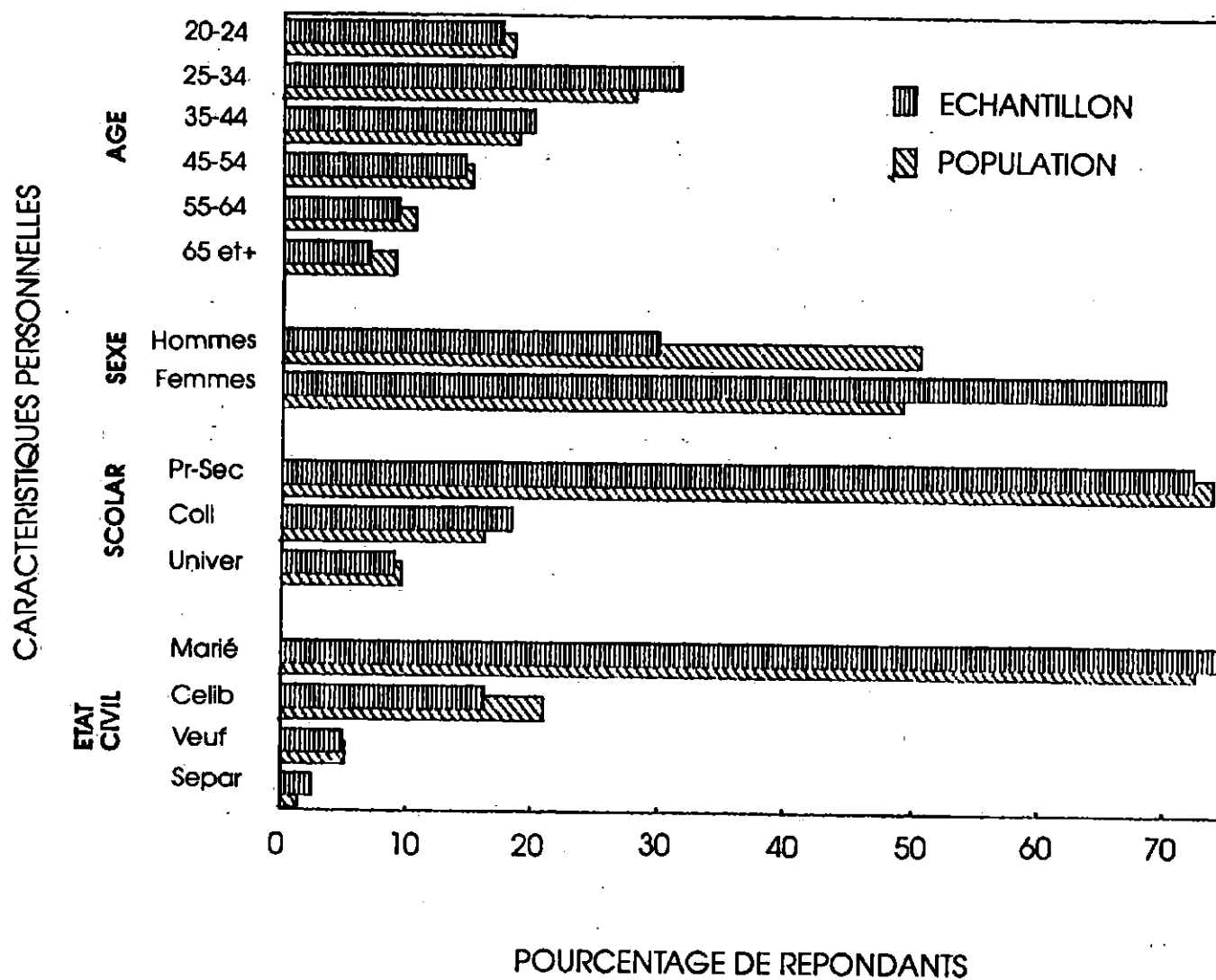


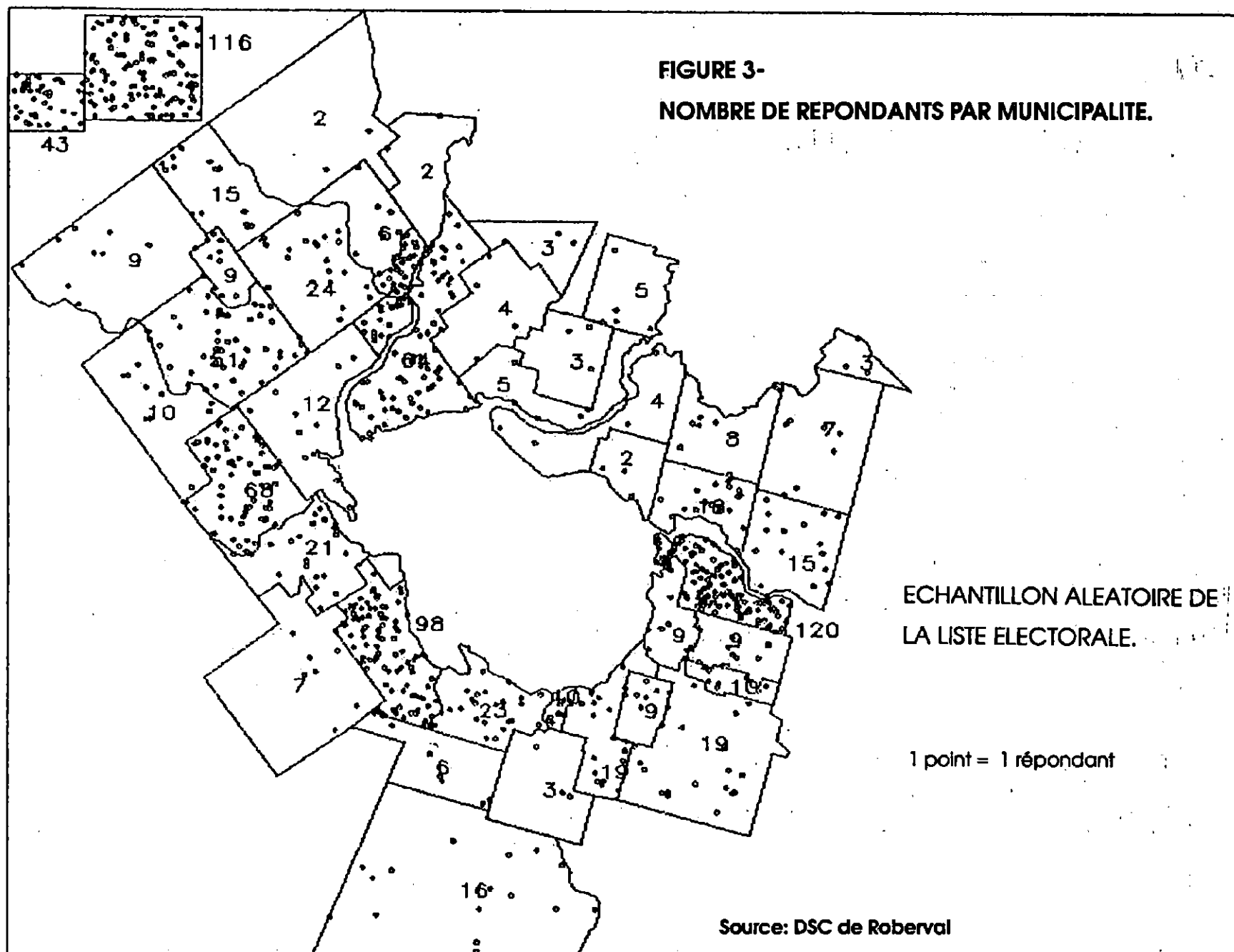
Tableau 3

DISTRIBUTION GEOGRAPHIQUE DE L'ECHANTILLON

(adultes de plus de 18 ans)

AIRE GEOGRAPHIQUE		ECHANTILLON		POPULATION	
		N	(%)	N	(%)
1.1 District de:	Chibougamau	157	(16.8)	8772	(10.3)
	Roberval	258	(27.8)	22177	(26.1)
	Dolbeau	243	(26.2)	19385	(22.8)
	Aima	271	(29.2)	34562	(40.7)
	Total	929	(100.0)	84896	(100.0)
1.2 Municipalité de:	Chapais	43			
	Chibougamau	116			
	Lac-Bouchette	16			
	St-François	6			
	St-André	3			
	Chambord	23			
	Roberval	98			
	Ste-Hedwidge	7			
	St-Prime	21			
	St-Félicien	68			
	La Doré	10			
	St-Méthode	12			
	Pointe-Bleue	0			
	Normandin	51			
	St-Edmond	9			
	Dydime	9			
	Girardville	15			
	Albanel	24			
	Dolbeau	51			
	Mistassini	64			
	St-Eugène	6			
	Proulx	3			
	St-Stanislas	2			
	Ste-Jeanne-D'Arc	4			
	Nd de Lorette	2			
	Péribonka	5			
	St-Augustin	3			
	Milot	5			
	St-Henri	2			
	Ste-Monique	4			
	Labrecque	7			
	Lamarche	3			
	Delisle	18			
	Taché	15			
	Aima	120			
	St-Gédéon	9			
	St-Bruno	9			
	Hébert-Station	10			
	Héberville	19			
	Lac-à-la Croix	8			
	Métabetchouan	18			
	Desbiens	10			
	L'Ascension	8			
	Total	936			

**FIGURE 3-
NOMBRE DE REpondANTS PAR MUNICIPALITE.**



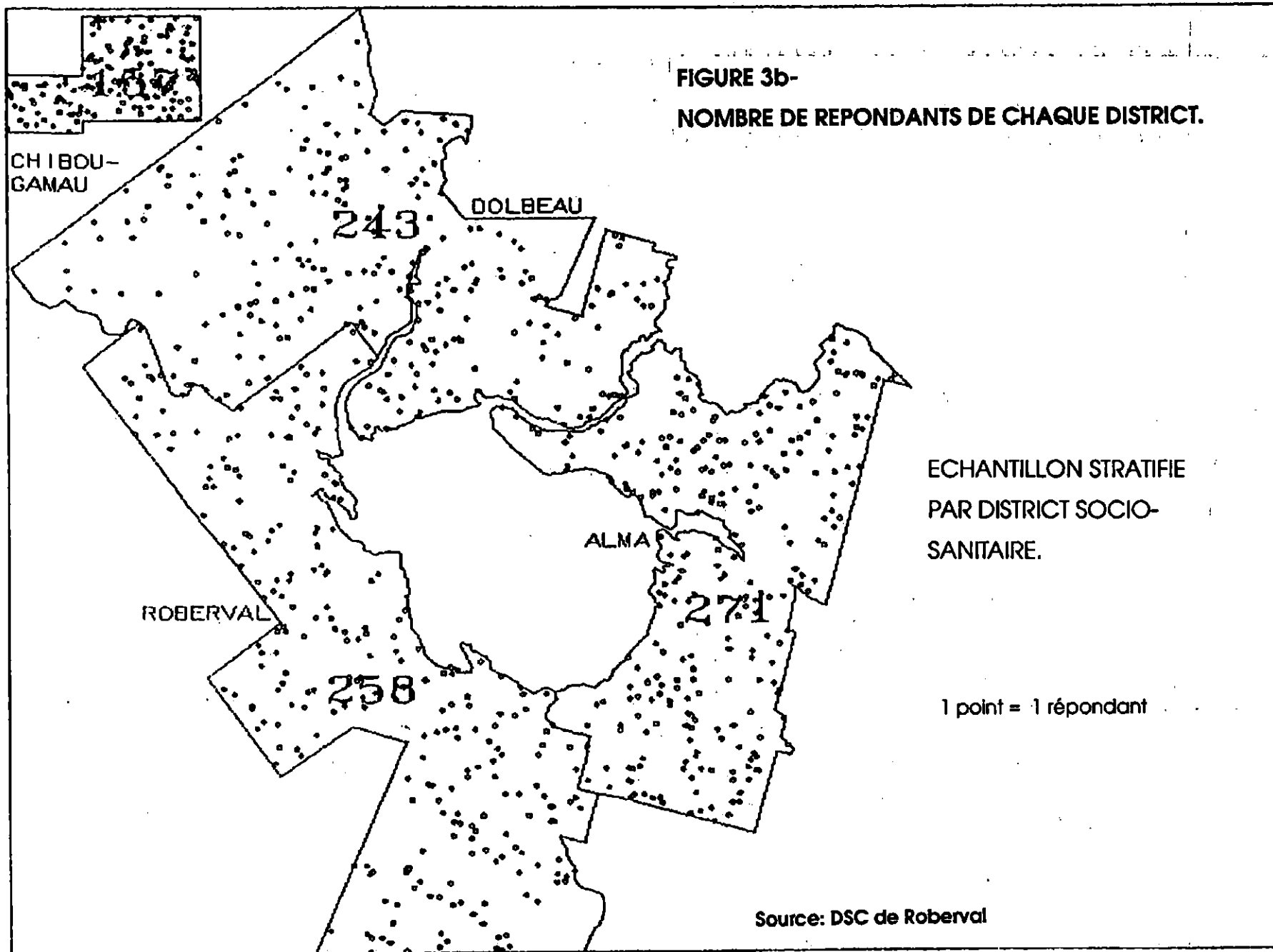


Tableau 4

LE SEXE DES REPONDANTS

Selon la variable	HOMMES		FEMMES		TESTS STA- TISTIQUES	TOTAL	
	N	(%)	N	(%)		N	(%)
Total DSC	282	(30.0)	659	(70.0)		941	(100)
1- AGE:							
- 20-24 ans	60	(37.3)	101	(62.7)	$\chi^2=5.1$ N.S.	161	(17.2)
- 25-44 ans	140	(28.9)	344	(71.1)		484	(51.7)
- 45-64 ans	65	(28.9)	160	(71.1)		225	(23.9)
- 65 ans et +	17	(25.4)	50	(74.6)		67	(7.0)
2- DISTRICT:							
- Chibougamau	44	(28.6)	110	(71.4)	$\chi^2=0.47$ N.S.		
- Roberval	76	(29.5)	182	(70.5)			
- Dolbeau	70	(28.9)	172	(71.1)			
- Alma	80	(31.3)	176	(68.8)			

Tableau 5
LA DIMENSION ECONOMIQUE
(scolarité)

VARIABLES	Primaire N %	Secondaire N %	Collégial N %	université N %	Total	Test statistique
DSC échantillon	172 (18.4)	506 (54.0)	174 (18.5)	84 (9.0)	936	
DSC ajusté*	(17.4)	(53.1)	(19.4)	(10.1)		
1- AGE:						
- 20-24 ans	4 (2.4)	105 (64.0)	46 (28.0)	9 (5.5)	164	$\chi^2=196.5$ $p<.001$
- 25-44 ans	42 (8.7)	285 (58.8)	98 (20.2)	60 (12.4)	485	
- 45-64 ans	92 (41.8)	92 (41.6)	25 (11.3)	12 (8.3)	221	
- 65 ans et +	31 (51.7)	21 (35.0)	5 (8.3)	3 (5.0)	60	
2- SEXE:						
- masculin	42 (15.3)	140 (51.1)	58 (21.2)	34 (12.4)	274	$\chi^2=8.2$ $p<.05$
- féminin	125 (19.5)	354 (55.1)	113 (17.6)	50 (7.8)	642	
3- DISTRICT:						
- Chibougamau	24 (15.5)	86 (55.5)	29 (18.7)	16 (10.3)	155	$\chi^2=20.6$ $p<.05$
- Roberval	42 (16.3)	144 (56.0)	40 (15.6)	31 (12.1)	257	
- Dolbeau	60 (25.0)	127 (52.9)	40 (16.7)	13 (5.4)	240	
- Alma	38 (15.0)	133 (52.4)	60 (23.6)	23 (9.1)	254	

4- SCOLARITE:

DETAILLÉE:	N	%
- primaire	172	(18.4)
- secondaire		
- sans diplôme	283	(30.2)
- secondaire,		
- diplômé	223	(23.8)
- collégial,		
- sans diplôme	50	(5.3)
- collégial,		
- diplômé	124	(13.2)
- Université		
- sans diplôme	23	(2.5)
- université,		
- diplômé	61	(6.5)

* % du DSC ajusté en fonction des différence selon le sexe.

Tableau 6
LA DIMENSION ECONOMIQUE
(occupation)

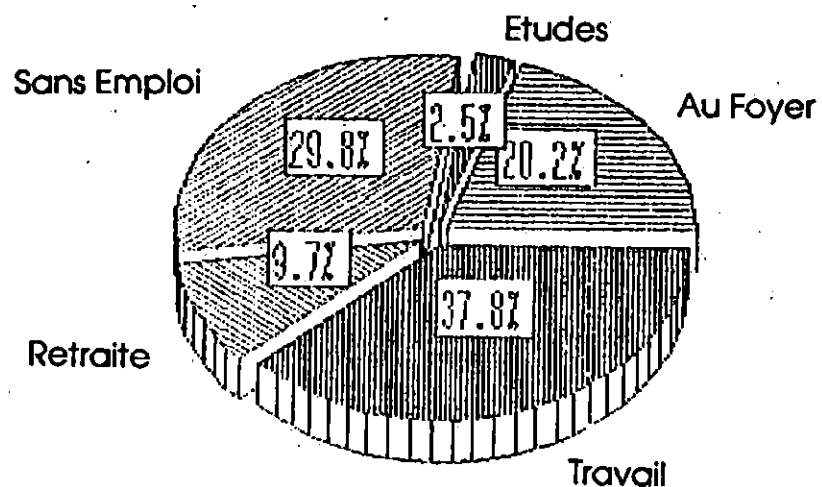
VARIABLES	Au foyer		Sans-emploi		Travail		Retraite		Etude		Tests statistiques ²
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
DSC échantillon	403	(47.2)	159	(18.7)	210	(24.6)	59	(6.9)	21	(2.5)	
DSC ajusté ²		(38.9)		(22.0)		(28.9)		(7.6)		(2.5)	
1- AGE: ¹											
- 20-24 ans	36	(24.0)	59	(39.4)	41	(27.3)	0		14	(9.3)	X ² =.76.0 p<.0001
- 25-44 ans	221	(50.7)	75	(17.2)	132	(30.3)	1	(0.2)	6	(1.4)	
- 45-64 ans	130	(65.0)	25	(12.5)	34	(17.0)	10	(5.0)	1	(0.5)	
- 65 ans +	12	(20.7)	0		1	(1.7)	45	(77.6)	0		
2- SEXE:											
- masculin	48	(20.2)	71	(29.8)	90	(37.8)	23	(9.7)	6	(2.5)	X ² =101.8 p<.0001
- féminin	346	(58.2)	83	(13.9)	117	(19.7)	33	(5.5)	15	(2.5)	
3- DISTRICT:											
- Chibougama	73	(52.9)	17	(12.3)	41	(29.7)	6	(4.3)	1	(0.7)	X ² =28.8 p<.01
- Roberval	94	(41.4)	42	(15.5)	67	(29.5)	19	(8.4)	5	(2.2)	
- Dolbeau	119	(54.1)	37	(16.8)	43	(19.5)	17	(7.7)	4	(1.8)	
- Aima	102	(42.30)	59	(24.5)	53	(22.0)	16	(6.6)	11	(4.6)	

¹-Le calcul du X² est effectué sur les trois premières classes d'âge et d'occupation seulement (en raison d'effectifs insuffisants dans les autres et de l'évidente relation: personne âgée-retraite).

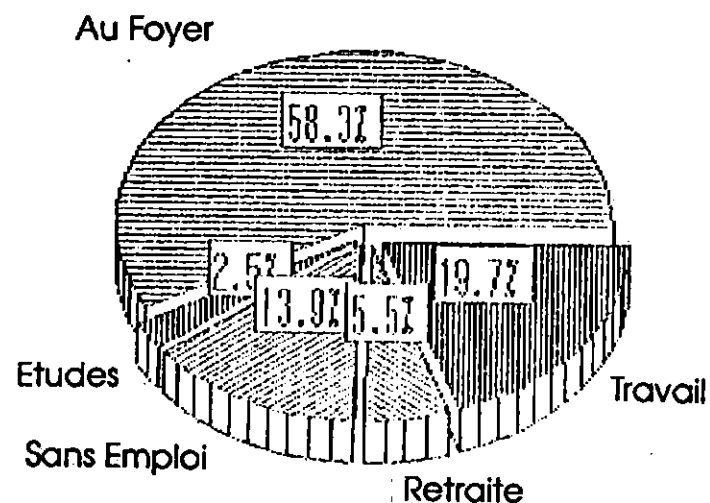
² - % du DSC ajusté en fonction des différences selon le sexe

OCCUPATION PRINCIPALE (SELON LE SEXE DU REpondANT)

HOMMES



FEMMES



COMMENTAIRE

L'occupation principale diffère beaucoup selon le sexe : plus de femmes sont " Au Foyer ", plus d'hommes se disent " Sans Emploi " ou occupent un emploi rémunéré.

Tableau 7

LA DIMENSION ECONOMIQUE

(statut socio-économique)

VARIABLES	Inférieur N (%)	Moy-Inf. N (%)	Moy-sup. N (%)	Supérieur N (%)	Total (100%)	Tests statistiques
DSC échantillon DSC ajusté ¹	450 (62.0) (56.6)	63 (8.7) (8.2)	117 (16.1) (15.5)	96 (13.2) (14.4)		
1- AGE: ²						
- 20-24 ans	97 (69.3)	6 (4.3)	26 (18.6)	11 (7.9)	140	$\chi^2=23.5$ $p<.001$
- 25-44 ans	186 (51.4)	42 (11.6)	67 (18.5)	67 (18.5)	36	
- 45-64 ans	102 (65.0)	15 (9.6)	23 (14.6)	17 (10.8)	157	
- 65 ans et +					57	
2- SEXE: ³						
- masculin						
- féminin						
3- DISTRICT:						
- Chibougamau	69 (55.6)	13 (10.5)	27 (21.8)	15 (12.1)	126	$\chi^2=17.1$ $p<.05$
- Roberval	111 (55.2)	22 (10.9)	40 (19.9)	28 (13.9)	201	
- Dolbeau	125 (69.1)	14 (7.7)	23 (12.7)	19 (10.5)	181	
- Alma	120 (63.5)	12 (6.3)	24 (12.7)	33 (17.5)	189	

1 Pourcentage ajusté en fonction de la répartition selon le sexe.

2 Le test du χ^2 ne porte que sur les trois premières classes d'âge puisque les retraités sont "hors statut".

3 Comme il s'agit du statut économique de la famille, il n'est pas indiqué de l'analyser selon le sexe du répondant.

FIGURE 7

**STATUT SOCIO-ECONOMIQUE
SELON LE TYPE DE REpondant**

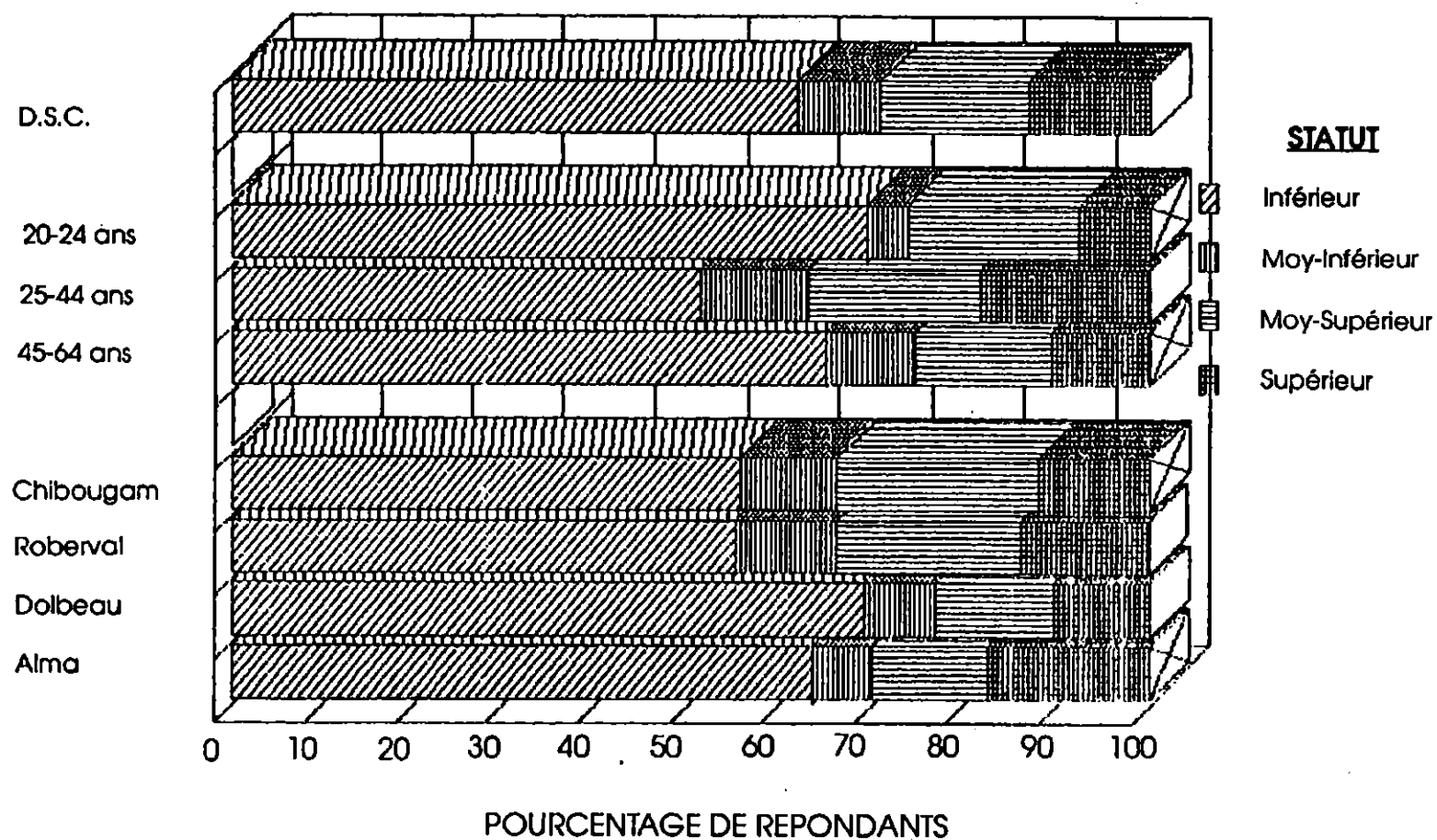


Tableau 8
SITUATION FAMILIALE

1- ETAT CIVIL:

	N	%
- Célibataire	150	(16.2)
- Religion	7	(0.8)
- Veuvage	45	(4.9)
- Séparation	24	(2.6)
- Mariage, union	696	(75.3)
- Total:	922	(100.0)

2- ENFANTS (moins de 18 ans)

	N	%
- Oui	380	(42.8)
- Non	508	(57.2)
- Total:	889	(100.0)

Tableau 9
LA VIE COMMUNAUTAIRE
(faire partie d'un groupe ou d'une association)

CATEGORIES	NON		OUI		Tests Statistiques
Ensemble des répondants	N	(%)	N	(%)	
1 - AGE:					
- 20-24 ans	134	(81.2)	31	(18.8)	$\chi^2 = 57.6$ $p < .0001$ $\gamma = 0.42$
- 25-44 ans	312	(64.5)	172	(35.5)	
- 45-64 ans	103	(47.5)	115	(52.5)	
- 65 ans et plus	22	(40.7)	32	(58.2)	
2 - SEXE:					
- masculin	170	(63.0)	99	(37.0)	$\chi^2 = 1.41 *$ N.S.
- féminin	393	(61.6)	245	(38.4)	
3 - SCOLARITE:					
- primaire	85	(51.8)	79	(48.2)	$\chi^2 = 11.66$ $p < .01$ $\gamma = -0.17$
- secondaire	315	(64.2)	176	(35.8)	
- collégiale	109	(64.9)	59	(35.1)	
- universitaire	59	(71.0)	24	(29.0)	
4 - STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:					
- inférieur	266	(62.6)	159	(37.4)	$\chi^2 = 1.3$ N.S.
- moyen-inf.	41	(65.1)	22	(34.9)	
- moyen-sup.	77	(67.0)	38	(33.0)	
- supérieur	64	(67.4)	31	(32.6)	
5- DISTRICT:					
- Chibougamau	89	(57.8)	65	(42.2)	$\chi^2 = 2.5$ N.S.
- Roberval	163	(64.4)	90	(35.6)	
- Dolbeau	140	(60.1)	93	(39.9)	
- Alma	163	(63.7)	93	(36.3)	

* χ^2 = chi-carré corrigé pour la continuité dans le cas d'un tableau à un degré de liberté (correction de Yates).

Tableau 10
TYPE DE FUMEURS

	Non-fumeur		Ex-fumeur		Modéré		Gros fumeur		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ensemble de l'échantillon DSC ajusté ¹	454	(49.8) (47.3)	88	(9.7) (10.3)	259	(28.4) (29.8)	110	(12.1) (12.6)	
1- TABAGISME:									Total horizontal
-aucune	454	(100)	82	(93.2)	18	(6.9)	0		554 (60.8)
-1-10	0		5	(5.7)	114	(44.0)	1	(0.9)	120 (13.1)
-11-20	0		0		110	(42.5)	25	(22.7)	135 (14.8)
-21 et plus	0		1	(1.1)	17	(6.6)	84	(76.4)	102 (11.2)
2-AGE:									
- 20-24 ans	82	(50.0)	15	(9.1)	51	(31.1)	16	(9.8)	$\chi^2=13.9$ N.S.
- 25-44 ans	216	(45.1)	52	(10.9)	147	(30.7)	64	(13.4)	
- 45-64 ans	118	(64.2)	23	(10.5)	52	(23.6)	27	(12.3)	
- 65 ans et +	34	(64.2)	3	(5.7)	14	(26.4)	2	(3.8)	
3-SEXE:									
- masculin	116	(42.8)	31	(11.4)	87	(32.1)	37	(13.7)	$\chi^2=6.4$ N.S.
- féminin	328	(51.9)	58	(9.20)	174	(27.5)	72	(11.4)	

1-Données ajustées mathématiquement en raison de la surreprésentation féminine.

Tableau 11

LE TABAGISME (consommation de cigarettes hier)

Caractéristiques	Aucune N (%)	1-10 N (%)	11-20 N (%)	21 et + N (%)	Tests statistiques
Ensemble des répondants	562 (60.7)	123 (13.3)	138 (14.9)	103 (11.1)	
DSC ajusté ¹	(59.0)	(12.8)	(16.0)	(12.2)	
1- AGE:					
- 20-24 ans	98 (60.1)	29 (17.8)	21 (12.9)	15 (9.2)	$\chi^2=23.7$ $p<.01$
- 25-44 ans	272 (56.9)	55 (11.5)	89 (18.6)	62 (13.0)	
- 45-64 ans	143 (65.9)	30 (11.5)	20 (9.2)	24 (11.1)	
- 65 ans et +	44 (72.1)	8 (13.1)	8 (13.1)	1 (1.6)	
2 -SEXE:					
- masculin	151 (55.7)	30 (11.1)	51 (18.8)	39 (14.4)	$\chi^2=10.4$ $p<.05$
- féminin	296 (62.4)	92 (14.5)	84 (13.2)	63 (9.9)	
3-SCOLARITE:					
- primaire	106 (65.4)	20 (12.3)	22 (13.6)	14 (8.6)	$\chi^2=14.7$ N. S.
- secondaire	273 (55.6)	69 (14.1)	82 (16.7)	67 (13.6)	
- collégiale	116 (69.5)	20 (12.0)	18 (10.8)	13 (7.8)	
- universitaire	46 (56.8)	13 (16.0)	14 (17.3)	8 (9.9)	
4-DISTRICT:					
- Chibougamau	88 (57.5)	13 (8.5)	29 (19.0)	23 (15.0)	$\chi^2=9.6$ N. S.
- Roberval	147 (59.0)	37 (14.9)	37 (14.9)	28 (11.2)	
- Dolbeau	145 (61.2)	37 (15.6)	29 (12.2)	26 (11.0)	
- Alma	157 (61.9)	33 (13.0)	39 (15.4)	25 (9.8)	
5-PETIT DEJEUNER:					
- tous les jours.	469 (65.4)	94 (13.1)	88 (12.3)	66 (9.2)	$\chi^2=52.0$ $p<.0001$ (gamma = 0.361)
- 4 à 6 jours/sem.	24 (41.4)	13 (22.4)	13 (22.4)	8 (13.8)	
- 1 à 3 jours/sem.	30 (42.3)	10 (14.1)	20 (28.2)	11 (15.5)	
- aucun	30 (43.5)	6 (8.7)	15 (21.7)	18 (26.1)	
6- CONSOMMATION D'ALCOOL:					
- aucun.	353 (64.7)	64 (11.7)	75 (13.7)	54 (9.9)	$\chi^2=23.4$ $p<.05$
- 1-3 consom.	123 (59.4)	29 (14.0)	33 (15.9)	22 (10.6)	
- 4-7 consom.	48 (48.0)	18 (18.0)	17 (17.0)	17 (17.0)	
- 8-13 consom.	14 (38.9)	10 (27.8)	7 (19.4)	5 (13.9)	
- 14 consom.	13 (56.5)	1 (4.3)	4 (17.4)	5 (21.7)	

1: ajusté mathématiquement en fonction de la surreprésentation féminine.

**FIGURE 11-
TABAGISME SELON LE TYPE
DE REpondant**

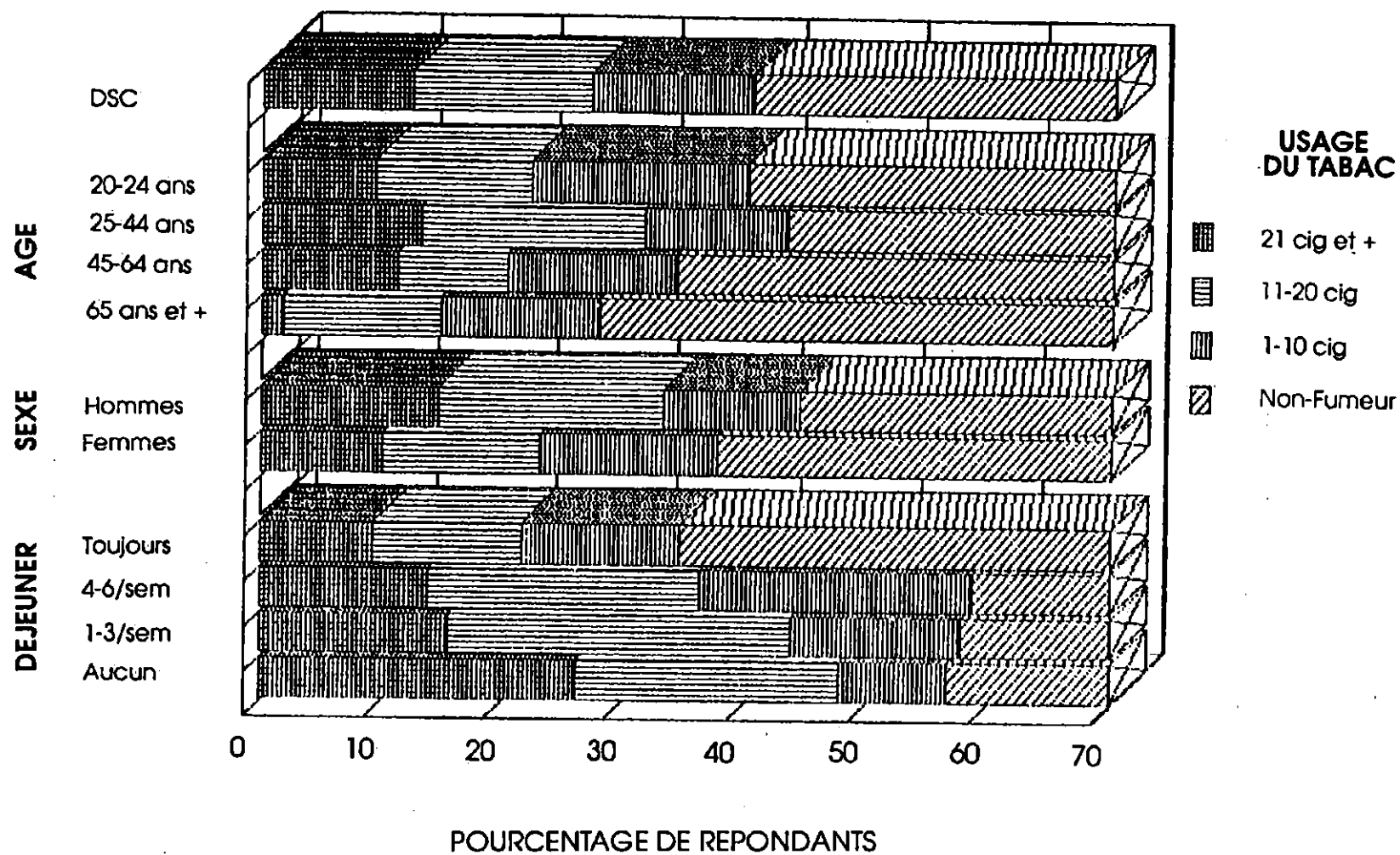


Tableau 12
TABAC ET ALCOOL :
COMPARAISONS AVEC L'ENQUETE SANTE - CANADA

CATEGORIES	DSC Roberval			CATEGORIES	Canada		
	H	F	H+F		H	F	H+F
1 - TYPE DE FUMEUR :²							
- non - fumeur	54.2	61.1	57.7	- non - fum.	52.5	61.3	57.0
- fumeur	45.8	38.9	42.4	- fumeur	47.5	38.7	43.0
2 - CIGARETTE, HIER:³				CIGARETTE /JOUR:			
- 1-10	24.3	37.2	30.7	- 1-10	20.6	31.9	25.9
- 11-20	42.6	35.9	39.3	- 13-22	35.8	39.8	37.9
- 21 et +	33.0	26.8	29.9	- 23 et +	44.3	28.8	37.5
3- ALCOOL, SEMAINE PASSEE:							
- aucun	34.9	71.0	52.7	-aucun	29.3	53.8	41.9
- 1-13 consom. ³	56.8	28.7	42.9	- 1-13 consom. ⁴	49.6	42.4	45.9
- 14 consom. et +	8.3	0.3	4.4	-14 consom. et +	23.5	5.3	14.1

¹ Pourcentage en fonction de la surreprésentation féminine.

² Certaines catégories furent regroupées afin de rendre les données comparables (DSC: "non-fumeur" = "non-fumeur", "fumeur modéré" + "gros fumeur" = "fumeur"; CANADA : "jamais fumé" + "ancien fumeur" = "non-fumeur", "fumeur occasionnel" + "fumeur d'habitude" = "fumeur")

³ Consommation de cigarettes chez les fumeurs seulement.

⁴ Certaines catégories ont été regroupées afin de rendre les données comparables (DSC: "1-4 consommations" + "4-7 consommations" + "8-13 consommations" = "1-13 consommations"; CANADA "1-6 consommations" + "7-13 consommations" = "1-13 consommations")

FIGURE 12-
TABAC ET ALCOOL, COMPARAISON
AVEC L'ENQUETE SANTE-CANADA

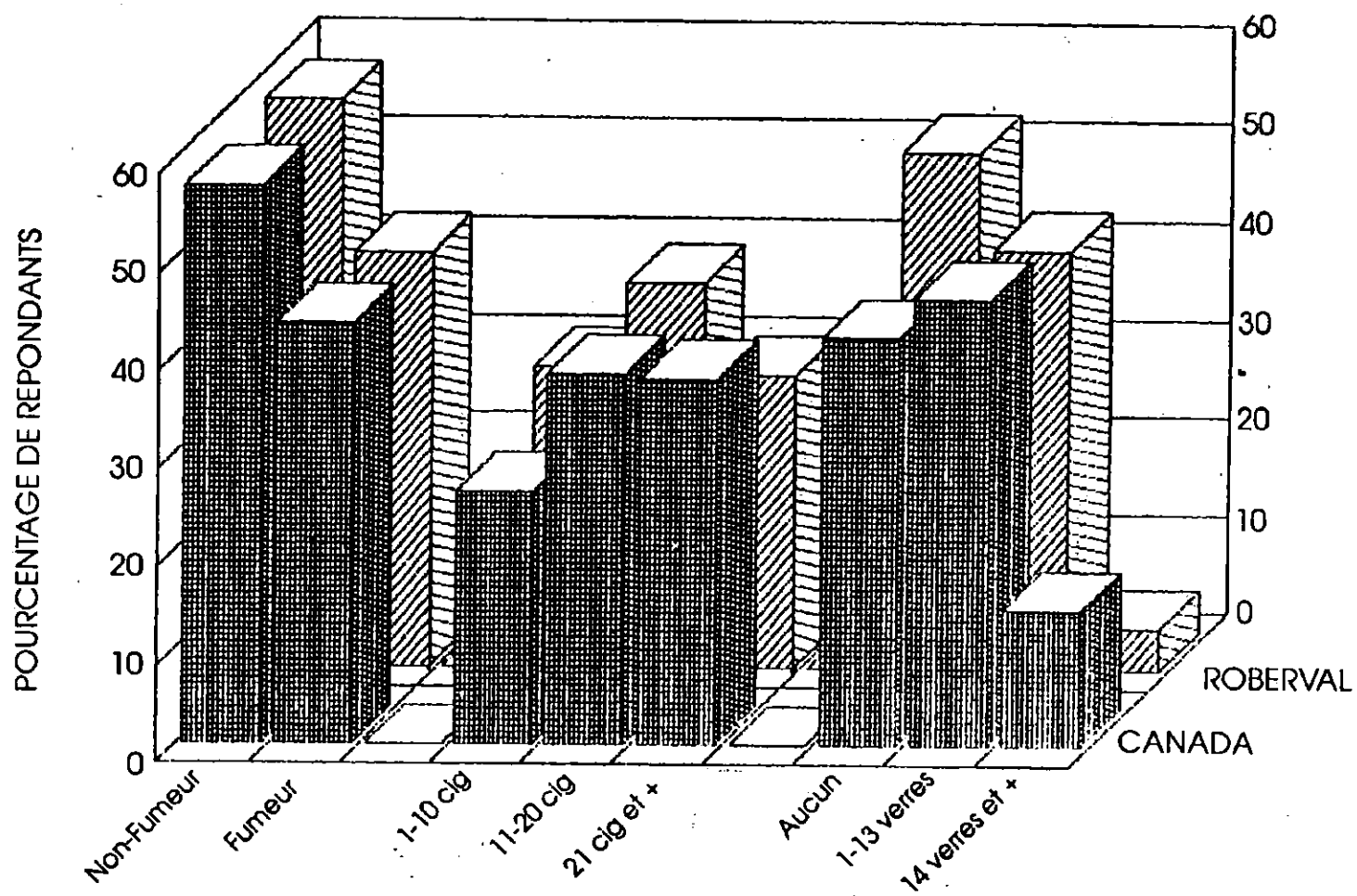


Tableau 13

CONSOMMATION D'ALCOOL LA SEMAINE DERNIERE

(Nombre de verres)

VARIABLES	Aucun		1-3		4-7		8-13		14 et +	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
- Ensemble	564	59.9	214	22.7	101	10.7	37	3.9	25	2.7
- Ajusté		52.7		23.5		13.9		5.6		4.4
1 - AGE										
- 20-24 ans	75	45.7	40	24.4	32	19.5	11	6.7	6	3.7
- 25-44 ans	287	58.5	124	25.3	49	10.0	17	3.5	13	2.6
- 45-64 ans	146	67.9	41	19.1	17	7.9	6	2.8	5	2.3
- 65 ans +	49	79.0	7	11.3	3	4.8	2	3.2	1	1.6
2 - SEXE										
- masculin	97	34.9	73	26.3	58	20.9	27	9.7	23	8.3
- féminin	455	71.0	132	20.6	42	6.6	9	1.4	2	0.3
3 - SCOLARITE										
- primaire	121	73.8	28	17.1	11	6.7	3	1.8	1	0.6
- secondaire	303	61.0	104	20.9	52	10.5	17	3.4	20	4.0
- collégial	84	49.4	52	30.6	23	13.5	10	5.9	1	0.6
- universitaire	37	45.1	25	30.5	13	15.9	5	6.1	2	2.4
4 - ENFANTS										
- non	199	53.8	77	20.8	55	14.9	20	5.4	19	5.1
- oui	313	62.1	130	25.8	41	8.1	14	2.8	5	1.0
5 - DEJEUNER										
- tous les jours	454	62.3	174	23.9	69	9.5	20	2.7	12	1.6
- 4-6 jours	27	45.8	14	23.7	9	15.3	5	8.5	3	5.1
- 1-3 jours	33	46.5	14	19.7	15	21.1	6	8.5	3	4.2
- aucun	46	59.7	11	14.3	8	10.4	5	6.5	7	9.1
6 - STATUT SOCIAL										
- Inférieur	273	62.9	79	18.2	52	12.0	18	4.1	12	2.8
- moy-inf.	22	35.5	19	30.6	10	16.1	3	4.6	7	11.3
- moy-sup.	65	55.6	26	22.2	15	12.8	7	6.0	4	3.4
- supérieur	44	45.8	34	35.4	14	14.6	2	2.1	2	2.1
7 - DISTRICT										
- Chibougamau	85	54.8	41	26.5	21	13.5	4	2.6	4	2.6
- Roberval	161	63.4	46	18.1	24	9.4	15	5.9	8	3.1
- Dolbeau	143	60.1	60	25.2	19	8.0	8	3.4	8	3.4
- Alma	155	59.6	61	23.5	31	11.9	9	3.5	4	1.5

(1) Les classes 8-13" et "14" verres et + furent regroupées pour le test statistique.

FIGURE 13-
CONSUMMATION D'ALCOOL SELON
LE TYPE DE REpondant
 (dernière semaine)

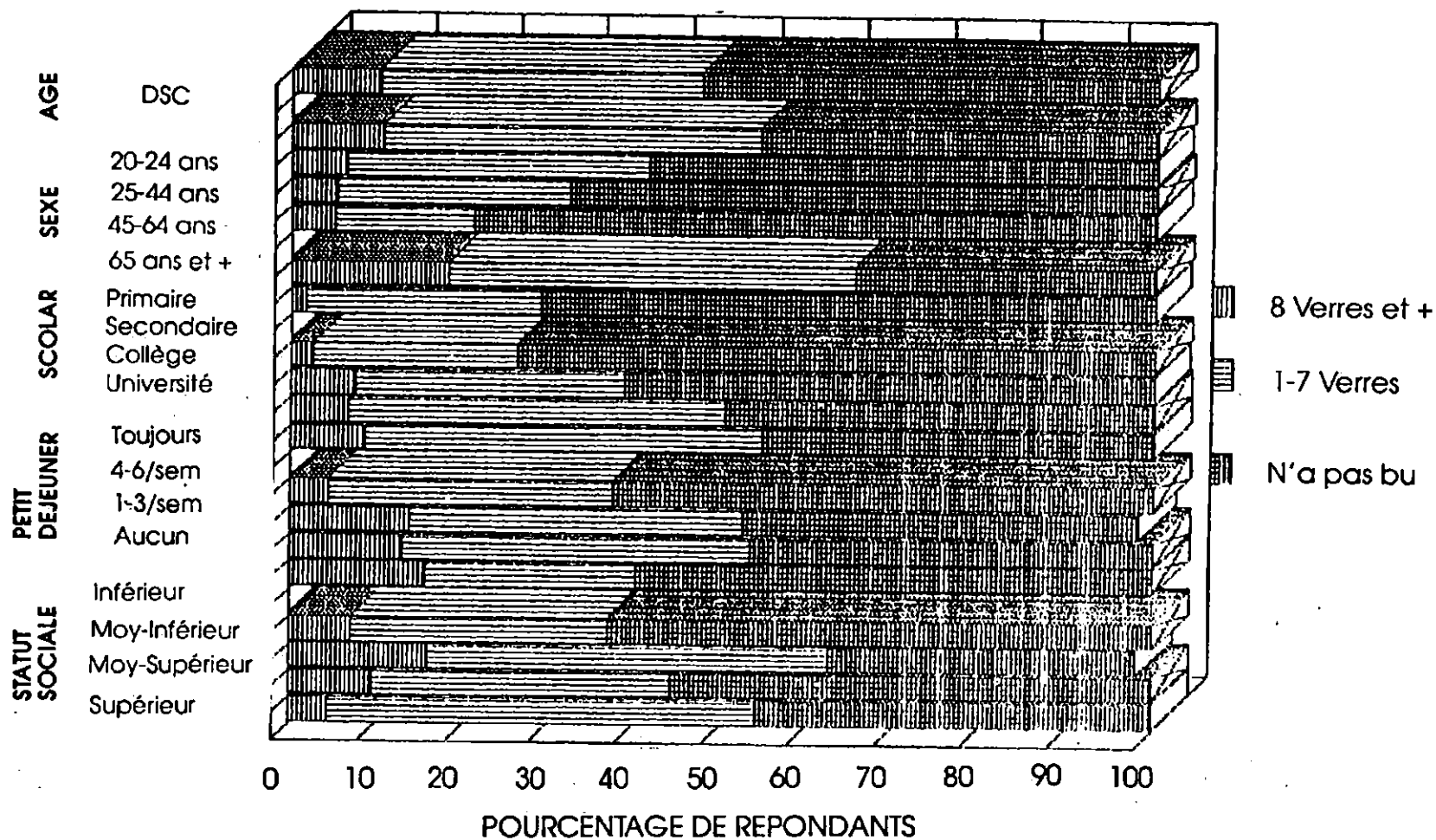


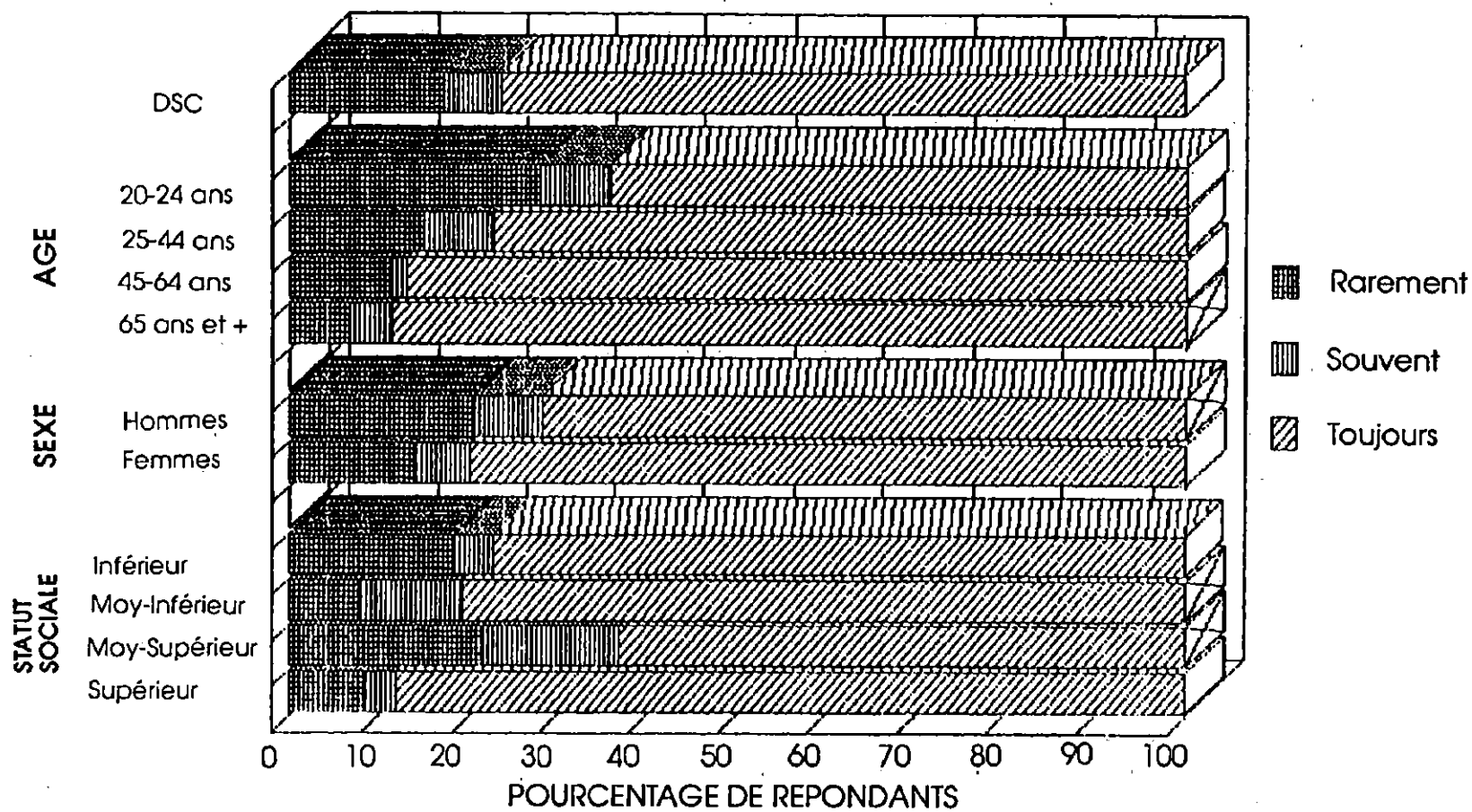
Tableau 14

PETIT DEJEUNER

VARIABLE	chaque jour		4-6 jours		1-3 jours		Aucun		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
- Ensemble	742	78.3	58	6.1	71	7.5	77	8.1	
- DSC ajusté		76.1		6.7		7.8		9.0	
1 - AGE									
- 20-24 ans	106	64.2	13	7.9	25	15.2	21	12.7	$\chi^2=42.3$ $p<.0001$ $\Gamma=-0.34$
- 25-44 ans	379	77.2	39	7.9	37	7.5	36	7.3	
- 45-64 ans	190	87.2	4	1.8	8	3.7	5	7.3	
- 65 et +	56	88.9	3	4.8	2	3.2	2	3.2	
2 SEXE									
- masculin	200	71.9	21	7.6	27	9.7	30	10.8	$\chi^2=7.9$ $p<.05$
- féminin	519	80.2	38	5.9	43	6.6	47	7.3	
3 - STATUT SOCIAL									
- Inférieur.	338	77.3	19	4.3	35	8.0	45	10.3	$\chi^2=37.5$ $p<.0001$
- moy-Inf.	51	71.0	7	11.1	5	7.9	0	0.0	
- moy-sup.	74	63.2	18	15.4	12	10.3	13	11.1	
- supérieur	84	88.4	3	3.2	4	4.2	4	4.2	
4 - DISTRICT									
- Chibougamau	112	71.8	13	8.3	20	12.8	11	7.1	$\chi^2=15.4$ N.S.
- Roberval	197	77.6	17	6.7	16	6.3	24	9.4	
- Dolbeau	204	84.6	9	3.7	13	5.4	15	6.2	
- Alma	204	77.9	18	6.9	20	7.6	20	7.6	

(1) Ajustement mathématique en raison de la surreprésentation féminine.

**FIGURE 14-
FREQUENCE DU PETIT DEJEUNER**



Enquête en Information. DSC de Roberval

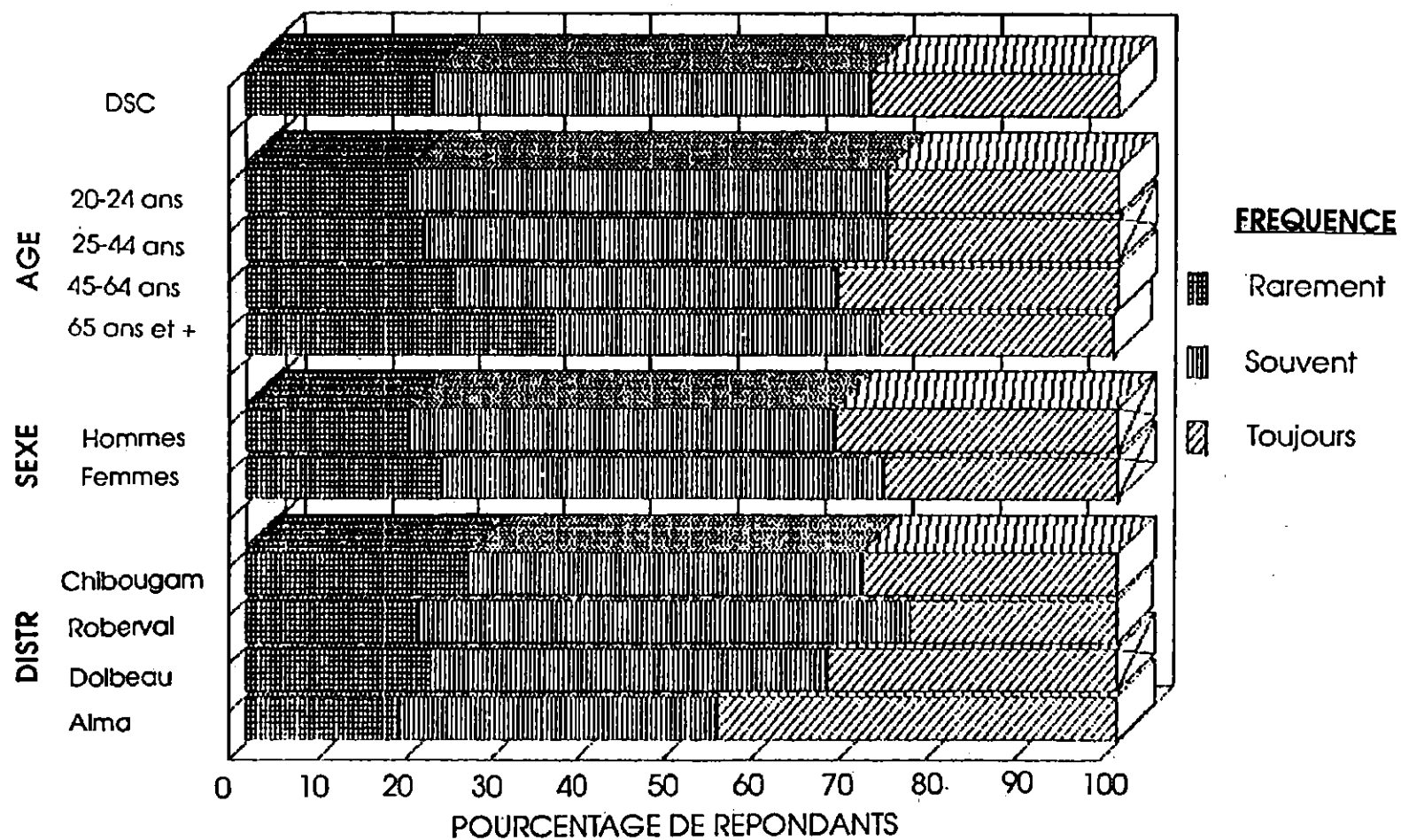
Tableau 15

HABITUDES DE SECURITE ROUTIERE

(port déclaré de la ceinture)

VARIABLES	Toujours		Habituel.		Occasion.		Rarement		Jamais		Tests statistiques
- Ensemble	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
- Ensemble	575	60.3	178	18.7	95	10.0	60	7.1	37	3.9	
1 - AGE											
- 20-24 ans	90	54.2	30	18.1	25	15.1	15	9.0	6	3.6	$\chi^2=21.0$ $p<.05$
- 25-44 ans	299	60.8	83	16.9	47	9.6	44	8.9	19	3.9	
- 45-64 ans	141	64.1	46	20.9	19	8.6	7	3.2	7	3.2	
- 65 et +	39	60.9	14	21.9	4	6.3	2	3.1	5	7.8	
2 - SEXE											
- masculin	153	54.6	54	19.3	32	11.4	25	8.9	16	5.7	$\chi^2=9.1$ $p<.05$
- féminin	411	63.4	116	17.9	61	9.4	40	6.2	20	3.1	
3 - SCOLARITE											
- primaire	99	59.6	36	21.7	10	6.0	15	9.0	6	3.6	$\chi^2=16.6$ N.S.
- secondaire	285	56.9	93	18.6	62	12.4	36	7.2	25	5.0	
- collégial	115	66.9	30	17.4	14	8.1	10	5.8	3	1.7	
- universitaire	56	66.7	14	16.7	9	10.7	3	3.6	2	2.4	
4 - KILOMETRAGE											
- + de 20M km	92	61.7	28	18.8	15	10.1	8	5.4	6	4.0	$\chi^2=3.62$ N.S.
- 12M-20M km	186	61.2	50	16.4	29	9.5	28	9.2	11	3.6	
- - de 12M km	270	59.9	86	19.1	48	10.6	30	6.7	17	3.8	
5 - STATUT SOCIAL											
- Inférieur	275	62.1	84	19.0	40	9.0	31	7.0	13	2.9	$\chi^2=18.0$ N.S.
- moy-inf	33	53.2	16	25.8	9	14.5	3	4.8	1	1.6	
- moy-sup	61	52.1	20	17.1	16	13.7	11	9.4	9	7.7	
- supérieur	60	62.5	19	19.8	11	11.5	2	2.1	4	4.2	
6 - DISTRICT											
- Chibougamau	84	54.5	28	18.2	25	16.2	13	8.4	4	2.6	$\chi^2=22.4$ $p<.03$
- Roberval	146	56.6	52	20.2	26	10.1	17	6.6	17	6.6	
- Dolbeau	141	58.0	50	20.6	25	10.3	19	7.8	8	3.3	
- Alma	181	68.8	41	15.6	19	7.2	14	5.3	8	3.0	

**FIGURE 15-
PORT DE LA CEINTURE DE SECURITE**



Enquête en Information. DSC de Roberval

Tableau 16

ACTIVITE PHYSIQUE

VARIABLES	Beaucoup		+ actif		Idem		- Actif		Beaucoup -		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ensemble	86	9.1	181	19.2	475	50.3	146	15.5	55	5.8	
1 - AGE											
- 20-24 ans	9	5.5	34	20.9	90	55.2	24	14.7	6	3.7	$\chi^2=35.9$ p<.001
- 25-44 ans	41	8.4	94	19.2	261	53.3	71	14.5	23	4.7	
- 45-64 ans	27	12.5	42	19.4	96	44.4	39	18.1	12	5.6	
- 65 ans et +	7	11.3	9	14.5	23	37.1	10	16.1	12	19.4	
2 - SEXE											
- masculin	31	11.2	58	21.0	136	49.3	41	14.9	10	3.6	$\chi^2=1.0$ N.S.
- féminin	52	8.1	119	18.6	326	51.0	101	15.8	42	6.6	
3 - SCOLARITE											
- primaire	19	11.6	29	17.7	74	45.1	29	17.7	13	7.9	$\chi^2=36.8$ p<.001
- secondaire	40	8.1	76	15.4	281	56.8	71	14.3	26	5.3	
- collégial	14	8.1	43	25.0	79	45.9	24	14.0	12	7.0	
- universitaire	8	9.9	29	35.8	30	37.0	14	17.3	0	0.0	
4 - STATUT ECONOMIQUE											
- Inférieur	40	9.2	75	17.3	214	49.3	75	17.3	29	6.7	$\chi^2=17.1$ N.S.
- moyen-Inf.	5	8.2	14	23.0	29	47.5	9	14.8	4	6.6	
- moyen-sup.	10	8.7	20	17.4	64	55.7	18	15.7	3	2.6	
- supérieur	11	11.5	30	31.3	39	40.6	14	14.6	2	2.1	

FIGURE 16-
ACTIVITE PHYSIQUE PAR
RAPPORT AUX PAIRS

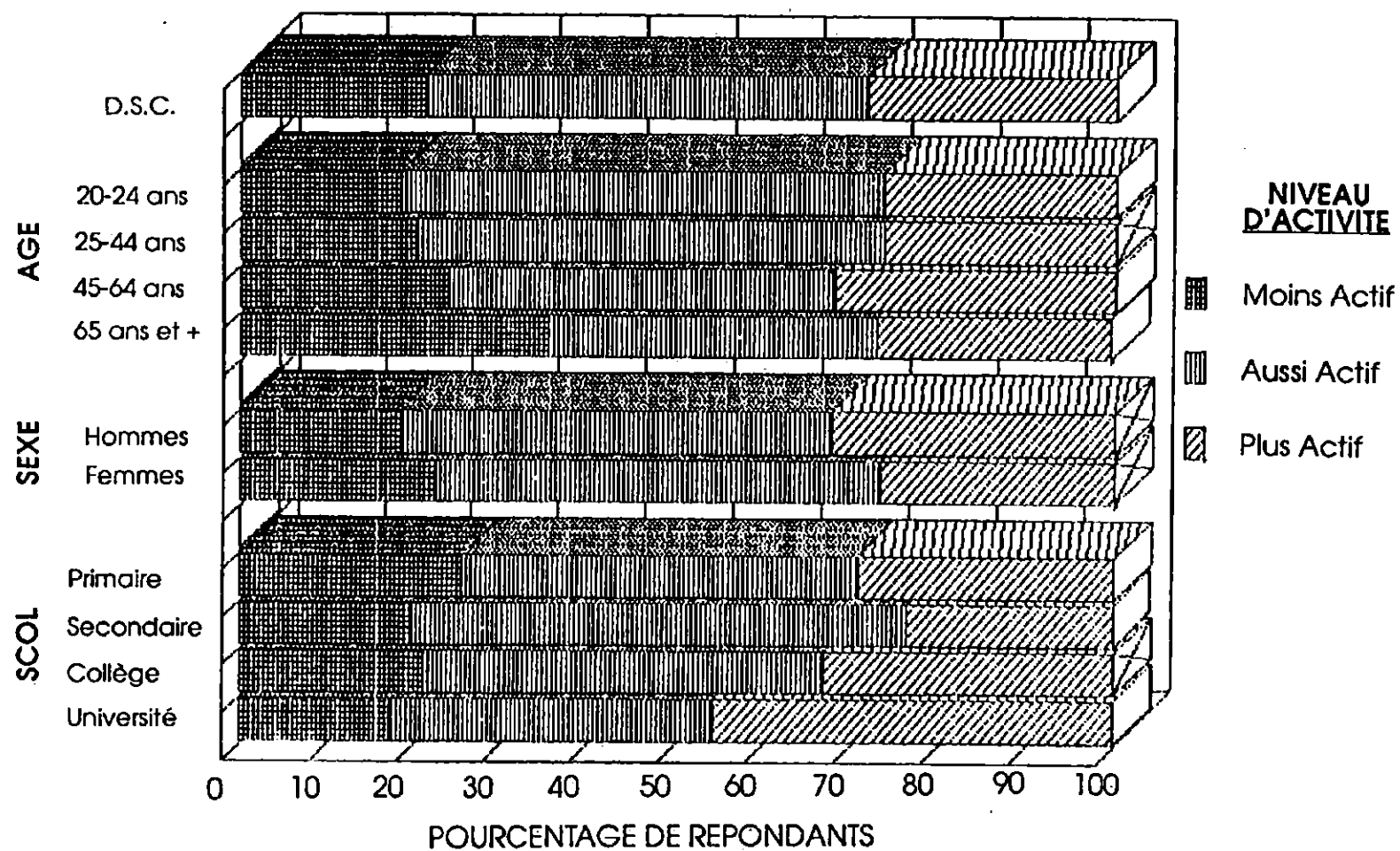


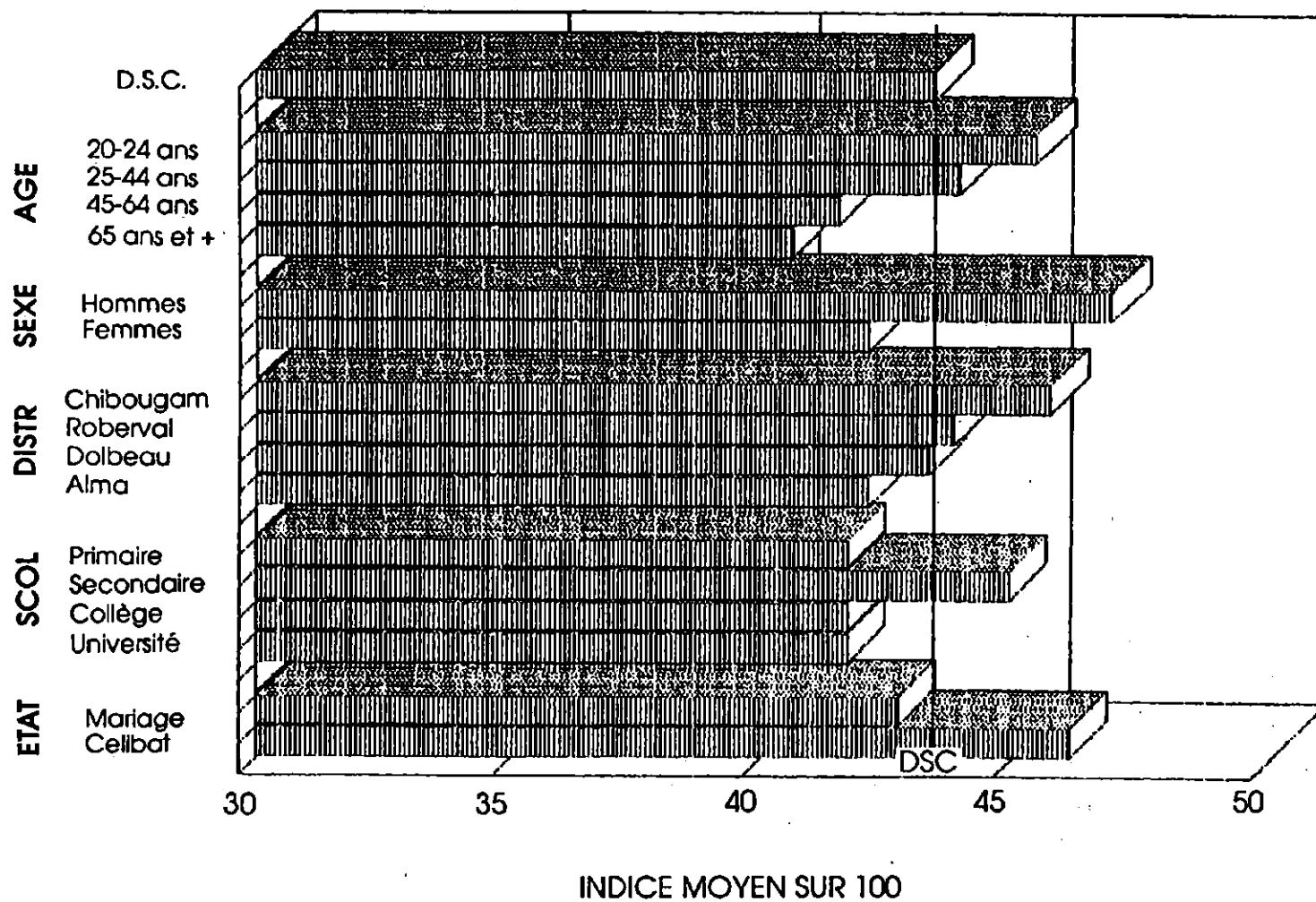
Tableau 17

**INDICE DE RISQUE D'Œ AUX HABITUDES
DE VIE SELON DIVERS TYPES DE REpondants**

VARIABLES	N	MOY	E.T.	Analyse de Variance *
Ensemble des répondants	859	43.4	12.4	
1 - AGE				
- 18-24 ans	147	45.4	13.6	
- 25-24 ans	461	43.9	12.3	F = 3.89
- 45-64 ans	198	41.5	11.6	p = .009
- 65 ans et plus	46	40.6	11.5	
2 - SEXE				
- masculin	254	46.9	13.6	t = 5.23
- féminin	587	42.1	11.6	p = .000
3 - SCOLARITE				
- primaire	140	41.7	11.4	
- secondaire	463	44.9	12.7	F = 3.68
- collégial	161	41.7	11.9	p = .012
- universitaire	75	41.7	11.9	
4 - STATUT SOCIO-ECONOMIQUE				
- inférieur	388	43.4	12.4	
- moyen-inf.	59	44.1	11.8	F = 3.68
- moyen-sup	110	46.8	13.3	p = .012
- supérieur	91	41.0	12.4	
5 - DISTRICT				
- Chibougamau	143	45.7	13.3	
- Roberval	236	43.8	12.3	F = 2.62
- Dolbeau	218	43.3	12.5	p = .05
- Alma	234	42.1	11.2	
6 - ETAT CIVIL				
- marié	633	42.7	11.8	t = 2.86
- célibataire	135	46.1	15.0	p = .005

* Ou test du "t" de Student, selon le cas.

FIGURE 17-
NIVEAU DE RISQUE DU AUX
HABITUDES DE VIE
 (sur une base de 100)



BIBLIOGRAPHIE

- 1- MOSER, C.A. ET Kalton, G.,
Survey methods in social investigation,
Basic Books, New-York, 1972, 549 p.
- 2- DILLMAN, D.A.,
Mail and telephone surveys: the Total Design Method,
John Wiley and Sons, New-York, 1978, 325 p.
- 3- COUTURE, R.,
Les besoins de la population adulte en information socio-sanitaire: Module #1: Protocole de recherche,
Département de Santé Communautaire, Roberval, 1983, 38 p.
- 4- COUTURE, R.,
Etude des besoins en éducation populaire de la population adulte du Saguenay- Lac St-Jean-Chibougamau,
Cégeps de la région Saguenay Lac St-Jean, 1982, 119 p.
- 5- STATISTIQUE CANADA,
Recensement du Canada de 1981: certaines caractéristiques sociales et économiques,
Ministère des Approvisionnements et Services Canada, Brochure E-575, Ottawa, 1983, 1400 p.
- 6- STATISTIQUE CANADA,
Recensement du Canada de 1981: certaines caractéristiques,
Ministère des Approvisionnements et Services Canada, Brochure 95-902, 1982, 96 p.
- 7- BLALOCK, H.M.,
Social Statistics,
Mc Graw-Hill, New-York, 1979, 626 p.
- 8- STATISTIQUE CANADA,
Dictionnaire du recensement de 1981,
Ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 1982, 159 p.
- 9- COUTURE, R.,
Classification du statut socio-économique selon la profession exprimée,
DSC de Roberval, 1986, 11 p.
- 10- BLISHEN, B.R. ET McROBERTS, H.A.,
A revised socioeconomic index for occupations in Canada,
Revue Canadienne de Sociologie et d'Anthropologie, 13 (1), 1976, pp. 71-79.

- 11- PINEO, P.C. et PORTER, J.,
Occupational prestige in Canada,
Revue Canadienne de Sociologie et d'Anthropologie, 4: 24-40.

- 12- ENQUETE SANTE-CANADA,
La santé des Canadiens,
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa 1981, 243 p.

- 13- PAMPALON, R.,
Géographie de la santé au Québec,
Ministère des Communications, Québec, 1985, 392 p.

- 14- COUTURE, R.,
Enquête en nutrition auprès des étudiants du secondaire et du collégial,
Département de Santé Communautaire, Roberval, 1985, 2 vol., 167 p.

- 15- WINGARD, D.L. , BERKMAN, L.F. et BRAND, R.J.,
A multivariate analysis of health related practices,
American Journal of Epidemiology, 1982, Vol. 116, No 5, pp. 765-775.

- 16- BERKMAN, L.F. et BRESLOW, L.,
Health and Ways of living: the Alameda County Study,
Oxford University Press, New-York, 1983, 237 p.

- 17- CATLER, S.J. et LOVELAND, D.B.
The risk of developing lung cancer and its relationship to smoking,
Journal of the National Cancer Institute, 1954; 15: 201-211.

- 18- KAHN, H.A.,
The study of smoking among U.S. veterans: report on eight and one-half years of observation,
NCI Monograph 19, Washington (National Cancer Institute, 1966).

- 19- GARFINKEL, L.,
Time trends in lung cancer mortality among nonsmokers and a note on passive smoking,
Journal of the National Cancer Institute, 1981; 66: 1061-1066.

- 20- MATTSON, M.E., POLLACK, E.S. and CULLEN, J.W.,
What are the odds that smoking will kill you?,
American Journal of Public Health, avril 1987, 77: 425-431.

- 21- UNITED STATES, DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, PUBLIC HEALTH SERVICE, CENTER FOR DISEASE CONTROL,
The Health Consequences of smoking 1975,
Washington, U.S. Governments printing Office, 1975.
- 22- UNITED STATES, DHEW, NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM,
Alcohol and Health: New knowledge,
Washington, U.S. Government Printing Office, 1975.
- 23- SCHMIDT, W.,
Effects of Alcohol Consumption on Health,
Journal of Public Health Policy, 1: 25-40, 1980.
- 24- LANDRY, F., HAWKINS, L., LAMARCHE, P., O'BRIEN, R. et PAMPALON, R.,
La mesure et l'atténuation des facteurs de risque et la promotion de la santé,
La Société de Médecine Prospective, 18e Assises annuelles, Ottawa, 1983, 690 p.

RC/fg.

1987-09-11.

[
[
[
[
[
[

Module no 3

0
0
0
0
0
0
0
0
0
0
0

LES BESOINS DE LA POPULATION ADULTE EN INFORMATION SOCIO-SANITAIRE

Module no 3
Les champs d'intérêt

Réglis Couture
Conseiller en recherche

Août 1984

TABLE DES MATIERES

Avertissement au lecteur	p. 2
Préface	p. 3
1 Introduction	p. 4
2 Les champs d'intérêt privilégiés	p. 6
2.1 Thèmes prioritaires	p. 6
2.2 Thèmes d'intérêt secondaire	p. 8
2.3 Thèmes de peu d'intérêt	p. 8
3 Les champ d'intérêt selon certaines clientèles-cibles	p. 9
3.1 District socio-sanitaire	p. 10
3.2 Sexe	p. 11
3.3 Age	p. 12
3.4 Scolarité	p. 15
3.5 Statut socio-économique	p. 16
3.6 Enfants à la maison	p. 17
3.7 Clientèles spécifiques à la demande	p. 18
4 Profil de chaque champ d'intérêt	p. 19
4.1 Les thèmes prioritaires	p. 19
4.2 Les thèmes d'intérêt secondaire	p. 22
4.3 Les thèmes de peu d'intérêt	p. 25
5 Conclusion	p. 28
6 Bibliographie	p. 45

AVERTISSEMENT AU LECTEUR

Le présent document est très volumineux et contient de l'information sur chacun des thèmes (soit 62 au total). Le lecteur qui recherche une information spécifique, sans nécessairement lire l'ensemble du document, peut procéder de deux façons.

Selon la clientèle-cible. Il repère dans la table des matières la section correspondant à sa clientèle-cible et se réfère au texte pour connaître ses besoins prioritaires.

Selon un thème bien déterminé. Il repère dans la liste des thèmes (tableau 1, page 30) le sujet qui l'intéresse et réfère à la page indiquée en troisième colonne.

PRÉFACE

L'enquête sur les besoins en information socio-sanitaire de la population adulte de la région Lac St-Jean-Chibougamau (02-B) s'est traduite par un volumineux rapport (plus de 300 pages). Afin de faciliter la tâche du lecteur, l'auteur a réparti ce document en six (6) modules indépendants traitant chacun une composante de la recherche. Ainsi, le lecteur intéressé à un aspect spécifique des besoins en information pourra consulter le module de son choix, dans un premier temps.

Cependant, l'auteur exhorte tout lecteur sérieux, qui désire appréhender le domaine de l'étude au complet, à découvrir l'ensemble des modules.

Le module #1, plus technique, décrit en détail les méthodes de recherche utilisées pour l'enquête et constitue en fait le protocole de recherche.

Le module #2 analyse les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon étudié et certaines habitudes de vie. On y retrouve les données relatives à l'âge, au sexe et au statut socio-économique au tabagisme et à l'exercice physique, entre autres des répondants.

Le module #3 trace un profil détaillé des thèmes relatifs au domaine socio-sanitaire et établit leur classement sur une échelle ordinale décroissante (du premier au dernier).

Le module #4 valide les problèmes d'information socio-sanitaire tels que décrits lors de l'étape de consultation des intervenants du milieu et tente d'évaluer leur prévalence dans la population.

Le module #5 évalue les connaissances de base que tout le monde devrait posséder (toujours selon les intervenants socio-sanitaires) dans des domaines tels que les premiers soins, le développement de l'enfant, la contraception,...

Le module #6 sera particulièrement utile aux fins de programmation. Il analyse en détail les divers moyens d'information régionaux traditionnels (journal, radio,...) et certaines ressources alternatives (bulletins, kiosques, assemblées, ...) en mettant l'accent sur la segmentation des marchés. Il permettra d'identifier les médias appropriés aux diverses clientèles-cibles et aux divers besoins.

1. INTRODUCTION:

Le présent document porte sur les champs d'intérêt de la population. Par "champs d'intérêt", nous entendons 62 thèmes (ou sujets) relatifs aux domaines social et sanitaire pour lesquels les répondants devaient marquer leur intérêt sur une échelle ordinale.

Cette liste de 62 thèmes ne saurait prétendre à l'exhaustivité absolue, mais elle constitue un répertoire de sujets identifiés par les intervenants socio-sanitaires lors d'un colloque pré-enquête comme faisant l'objet de questions de la part de la population.

La question posée aux répondants se libelle comme suit: "Dans le tableau suivant, indiquez le degré d'intérêt ressenti pour l'acquisition de connaissances nouvelles sur chacun des sujets. La question à se poser est: suis-je intéressé à avoir plus d'information sur...?" Les choix de réponses constituent une échelle ordinale du degré d'intérêt: 1- NON, 2- PEU, 3- ASSEZ, 4- BEAUCOUP. Le questionnaire original est disponible auprès de l'auteur et la liste des thèmes apparaît au tableau 1, page 30).

L'envergure des thèmes énumérés varie assez largement (du sujet très spécifique au plus général). Des thèmes plus globaux circonscrivent des domaines divisibles en sous-thèmes. De même certains thèmes spécifiques apparentés pourraient être réunis dans une même campagne d'information par exemple. Cependant, nous ne tiendrons compte de ces considérations que lors de l'élaboration des stratégies d'intervention (module #7).

Pour l'instant, le présent module étudie les principaux champs d'intérêt privilégiés par l'ensemble de la population (chapitre 2). Les divers sujets seront classés en trois groupes selon le rang attribué à leur note globale: les thèmes prioritaires (les 20 plus hautes notes), les thèmes d'intérêt moyen (les rangs 21 à 40) et les thèmes de peu d'intérêt (les rangs 41 à 62). Ce rang confère donc à chacun des thèmes un rang de priorité théorique.

Dans un second temps (chapitre 3), nous analyserons les champs d'intérêt privilégiés selon certaines clientèles-cibles. Toutes choses étant relatives, il apparaît évident que les intérêts des jeunes adultes ne sont pas les mêmes que ceux des retraités par exemple. Les critères retenus pour définir les clientèles sont le district socio-sanitaire, le sexe, l'âge, la scolarité, le statut socio-économique et le nombre d'enfants à la maison. Enfin, le type de programmation informatique établi permettra de combler les demandes ad hoc. Par exemple, un C.L.S.C. pourrait vouloir connaître les intérêts des

femmes non-mariées ayant des enfants de 12 à 17 ans à la maison et résidant en milieu rural.

Le chapitre 4 étudie chaque champ d'intérêt en détail. Cette façon de procéder permettra d'analyser aussi la situation des sujets les moins bien cotés qui, pour certaines populations-cibles, peuvent soulever un intérêt. car, en fait, certains thèmes sont susceptibles de n'intéresser qu'un auditoire très restreint (les possibilités de bénévolat ou les cours prénatals par exemple).

Enfin, l'utilité première de la démarche sera de tracer une esquisse des priorités à envisager. De plus, elle permettra d'évaluer la quantité d'information à transmettre ce qui influencera les moyens que nous prendrons.

2. LES CHAMPS D'INTÉRÊT PRIVILÉGIÉS:

Nous discuterons ici les notes globales attribuées par l'ensemble de la population adulte en général. Ce classement ne minimise en rien l'attrait de certains thèmes pour des groupes d'intérêt spécifiques. Cependant, il laisse de côté les intérêts particuliers pour ne retenir que les thèmes qui font un consensus régional et qui sont susceptibles de faire l'objet de campagnes ou de stratégies régionales.

La première section concerne les thèmes prioritaires (rang 1 à 20), la seconde les thèmes d'intérêt moyen (rangs 21 à 40) et la troisième les thèmes de peu d'intérêt (rangs 41 à 62). Comme on le verra, les services d'information socio-sanitaire pourront ainsi trouver matière à leur programmation pour les prochaines années!

De plus, il est important de saisir que lorsque l'on parle de "priorité", tout est relatif: un thème jugé peu intéressant par un groupe peut constituer un sujet prioritaire pour une autre population-cible. Cependant, l'ordre général décrit au chapitre 2 est très représentatif et les écarts majeurs sont peu nombreux. Ils sont d'ailleurs soulignés plus loin lorsque nous discutons des clientèles-cibles.

Enfin, cette hiérarchie est basée uniquement sur les préférences des gens et ne tient pas compte des priorités, des missions, des goûts ou des mandats des intervenants socio-sanitaires. Un sujet essentiel pour un organisme sanitaire peut très bien ne pas intéresser les gens (les dangers du tabac par exemple).

2.1 Thèmes prioritaires:

La liste des vingt-trois (23) thèmes les plus populaires apparaît au tableau 2 (page 35). Cette liste représente les choix des répondants de l'ensemble du territoire qui ont reçu une note de 2.00 à 2.39 (maximum potentiel de 3.00).

La diversité des intérêts semble le caractère dominant de cette liste. Cependant, certains thèmes peuvent se regrouper à l'intérieur de domaines apparentés.

Les accidents à la maison constituent un domaine bien illustré par les préoccupations "Que faire en cas d'accident domestique? (rang 1), "La préven-

tion des accidents domestiques" (rang 9) et "Les empoisonnements alimentaires" (rang 12).

Ensuite, par ordre d'importance, figurent quelques thèmes relatifs à la médication: "Les dangers d'une mauvaise utilisation des médicaments" (rang 2), "Les types de médicaments et leurs avantages et inconvénients" (rang 3), "L'utilisation des médicaments" (rang 5) et "Les effets secondaires des examens" (rang 7). Ce bloc de thèmes a reçu la note la plus élevée (2.28) et indique donc un intérêt majeur de la population qui désire plus d'information sur ces sujets.

Un troisième bloc regroupe les thèmes relatifs à la nutrition: "L'alimentation en général" (rang 6), "Les menus équilibrés, ..." (rang 13), "Les produits alimentaires et leurs propriétés" (rang 15), "Le sucre et ses effets sur la santé" (rang 19) et "La relation santé-alimentation" (rang 22).

Le cancer constitue une autre rubrique sous laquelle se retrouvent quelques thèmes: "Les types de cancer et leur prévention" (rang 3) et "Le dépistage du cancer du sein" (rang 7).

Finalement, l'étiquette "services et droits des bénéficiaires" peut être accolée à un sixième groupe d'intérêt majeur: "Mes droits en tant qu'usager" (rang 9), "Comment consulter mon dossier" (rang 11), "Les services du C.L.S.C. destinés aux adultes de 18-64 ans (rang 14), "Les rôles des établissements" (rang 20) et "Les services (CLSC) offerts aux travailleurs" (rang 23).

Les derniers thèmes prioritaires doivent être considérés de façon individuelle puisque aucun ne peut être rattaché à un domaine particulier. "La prévention, qu'est-ce que c'est?" (rang 16), "Le développement de l'enfant" (rang 16) et "Le stress" (rang 20) sont des sujets qui ne s'apparentent à aucun des 20 premiers thèmes en particulier.

Les thèmes se classent dans un ordre individuel. Cependant, les programmes d'information socio-sanitaire pourront décider de les aborder un à un ou de les regrouper dans une campagne globale. Ces considérations devront être discutées au moment d'élaborer des stratégies d'information ou de promotion (module #7).

2.2 Thèmes d'intérêt secondaire:

Cette seconde section concerne le groupe des thèmes suivants dans notre hiérarchie des intérêts. Ces sujets ont reçu une note variant de 1.96 à 1.76 (rang 24 à 41) et figurent au tableau 3 (page 36).

Par "thème d'intérêt moyen", nous entendons les sujets qui n'ont pas réussi à s'attirer un consensus aussi large que les thèmes précédents. Certains de ces thèmes ont reçu une note élevée de la part de clientèles spécifiques (les parents par exemple), mais en général leurs notes sont faibles. Pour une action d'envergure régionale, ils devraient logiquement attendre que soit épuisée la liste des thèmes prioritaires.

Ce fait est bien illustré par la difficulté de regrouper les thèmes selon des domaines plus généraux.

Notons d'abord un groupe de sujets reliés à des services: "Les services offerts par le C.L.S.C. aux enfants de 5 à 17 ans" (rang 26), "... aux personnes âgées" (rang 33), "... aux enfants de 0-4 ans" (rang 41) et "L'aide aux personnes qui manquent de revenus" (rang 29).

Les autres thèmes constituent des sujets très individuels susceptibles d'intéresser surtout des groupes bien définis. Cette liste comprend les thèmes "Le contrôle de mon poids" (rang 24), "L'environnement et la santé" (rang 24), "La sexualité" (rang 27), "L'importance des dents permanentes" (rang 27), "Les allergies" (rang 29), "La ménopause" (rang 31), "Les techniques de relaxation" (rang 32), "La dépression nerveuse" (rang 33), "Les dangers au travail" (rang 35), "Les prothèses dentaires" (rang 36), "L'andropause" (rang 37), "La vaccination" (rang 38), "L'alimentation de l'enfant d'âge scolaire" (rang 39) et "Les maladies de l'enfance" (rang 39).

Nous analyserons plus loin, les propriétés de chacun de ces thèmes. Nous évaluerons en particulier la possibilité que certains de ces thèmes figurent au nombre des thèmes prioritaires (les vingt premiers rangs) pour certaines des populations-cibles.

2.3 Thèmes de peu d'intérêt:

Cette troisième section concerne les sujets qui ont le moins soulevé l'intérêt des répondants en général (cote de 1.01 à 1.71, rangs 42 à 62). La liste de ces sujets apparaît au tableau 4 (page 37).

Au plan rationnel, aucune campagne d'information régionale, dirigée vers la population en général et portant sur ces 20 thèmes, ne devrait être entreprise à court ou à moyen terme (du moins si l'on se base sur les préférences des gens). Nous faisons évidemment abstraction des grandes campagnes nationales.

Cependant, certains groupes d'intérêt sont susceptibles d'avoir des besoins sur certains de ces thèmes. Nous tenterons de les identifier plus loin (chapitre 4).

De plus, les intervenants communautaires (organismes ou individus) peuvent avoir des messages à livrer qui ne rencontrent pas les goûts de la population. Nous ne tenons pas compte ici de ce phénomène.

Nous n'élaborerons pas plus longuement sur ces thèmes pour l'instant. Le lecteur intéressé peut se référer au tableau 4.

3. LES CHAMPS D'INTÉRÊT SELON CERTAINES CLIENTÈLES-CIBLES:

Certains tests statistiques (voir le plan d'interprétation, module #1) ont souligné des différences importantes pour les diverses catégories de répondants, les thèmes privilégiés peuvent diverger profondément.

Le présent chapitre scrutera d'abord les préférences des répondants selon leur district socio-sanitaire de résidence. Les sections suivantes analyseront ces préférences selon le sexe, l'âge, la scolarité, le statut socio-économique et le fait d'avoir des enfants à la maison. Enfin, la dernière section ouvre la possibilité de répondre à des demandes ad hoc: par exemple, identifier quels sont les besoins des mères ayant un enfant de 0 à 4 ans et résidant dans le district de Dolbeau.

En raison du volume considérable des données recueillies (62 thèmes), nous limiterons cette analyse aux thèmes prioritaires de chacune des clientèles-cibles (ceux ayant reçu une note supérieure à 2.00, soit les 20 premiers environ). En ce qui concerne les autres thèmes, ils seront traités plus en détail dans le prochain chapitre. Ce prochain chapitre fournira en plus quelques hypothèses d'explication au classement de chacun des thèmes.

Cette approche par clientèle-cible permet d'envisager la programmation de l'information en fonction des besoins spécifiques aux clientèles habi-

tuelles des organismes socio-sanitaires. On pourra ainsi identifier les besoins des personnes âgées ou ceux du secteur d'Alma par exemple.

3.1 District socio-sanitaire:

Les divergences entre les districts socio-sanitaires ne sont généralement pas statistiquement significatives (les différences pour seulement 3 thèmes sur 62 sont significatives au niveau de 95%).

Le tableau 5 (page 38) illustre bien les thèmes qui intéressent le plus les gens provenant des divers districts socio-sanitaires. La première colonne donne le rang obtenu par le thème pour l'ensemble du D.S.C.. La seconde colonne présente le libellé de chaque variable. Les colonnes suivantes contiennent le rang du thème pour chacun des districts. Dans le tableau, les chiffres entre parenthèses représentent les rangs supérieurs à 20: les thèmes d'intérêt moyen pour un territoire donné.

Dans le cas des 10 premiers thèmes au tableau général, les districts montrent très peu de différences. Ainsi les thèmes "Actions à faire en cas d'accident domestique", "Dangers des médicaments", "Types de médicaments: avantages et inconvénients", "Types de cancer et prévention", "Utilisation judicieuse des médicaments", "Alimentation en général", "Dépistage du cancer du sein", "Effets secondaires des examens", "Mes droits en tant qu'usager" et "Prévention des accidents domestiques" reçoivent partout des notes très élevées qui leur confèrent un rang très respectable. Ces thèmes pourraient facilement faire l'objet de stratégies communes. Soulignons donc, pour chaque district, les thèmes qui ont une différence de plus de 5 rangs du rang général.

Dans le cas du district de Chibougamau, les différences majeures chez les thèmes prioritaires se situent au niveau des sujets "Comment consulter mon dossier" (rang 5 au lieu de 11), "Menus équilibrés" (rang 3 au lieu de 13), "Relation santé-alimentation" (rang 16 au lieu de 22), "Services aux travailleurs" (rang 17 au lieu de 23) et "Services aux enfants de 5 à 17 ans" (rang 20 au lieu de 26). Par contre, les thèmes "La prévention: qu'est-ce que c'est?" (rang 25 au lieu de 16) et "Le sucre et ses conséquences" (rang 26 au lieu de 19) intéressent moins la population de Chibougamau.

Pour le district de Roberval, les thèmes "Le Stress" (rang 14 au lieu de 20), "L'environnement et la santé" (19 au lieu de 25) et "La ménopause" (rang 19 au lieu de 31) sont considérés plus prioritaires que pour l'ensemble du territoire. Par contre, le thème "Développement de l'enfant" (rang 24 au lieu de

16) est considéré avec moins d'intérêt que par les autres habitants de la région.

Pour le district de Dolbeau, aucun sujet ne montre une différence supérieure à cinq (5) rangs du classement régional. Les sujets "Le stress" (rang 25 au lieu de 20) et "Services aux travailleurs" (rang 28 au lieu de 23) apparaissent cependant moins intéressants que pour les autres résidents de la région.

Dans le cas du district d'Alma, enfin, les différences sont également très minimes. Les thèmes "Produits alimentaires et leurs propriétés" (rang 23 au lieu de 15) et "Le stress" (rang 26 au lieu de 20) sont les seuls qui s'écartent notablement de la norme régionale.

3.2 Sexe:

Les différences entre les hommes et les femmes sont évidemment plus marquées qu'entre les districts géographiques puisque les thèmes font référence à des préférences individuelles. Le tableau 6 (page 39) illustre les différences entre les thèmes prioritaires selon le sexe du répondant.

Un peu comme chez toutes les clientèles-cibles, les 10 thèmes les plus prioritaires ne font pas l'objet de divergences majeures. Sauf, évidemment, dans le cas du dépistage du cancer du sein qui vient au 4e rang chez les femmes et au 28e chez les hommes. Pour le reste, le tableau 6 est éloquent.

Le thème "Les menus équilibrés" est perçu de façon bien différente selon le sexe: rang 18 chez l'homme et rang 11 chez la femme.

"La prévention: qu'est-ce que c'est" montre également des rangs de priorité bien différents (9e chez l'homme, 22e chez la femme).

"Le développement de l'enfant" apparaît au 22e rang des priorités masculines (rang 15 chez la femme).

"Le stress" se situe au rang 26 des préoccupations masculines et au 18e rang d'intérêt chez la femme.

Les thèmes suivants dénotent les divergences les plus profondes de l'enquête. Ce sont des thèmes ayant reçu une note de priorité élevée pour l'un des sexes et basse pour l'autre.

"Les services offerts aux travailleurs par les C.L.S.C." constituent un thème d'intérêt majeur pour les hommes (rang 13) alors que les femmes se sentent peu concernées.

De même, "Les dangers au travail (bruit, matières toxiques, ...)" sont considérés comme un thème d'information prioritaire par les hommes (rang 18) alors que, chez la femme, c'est une préoccupation relativement secondaire.

Le thème "L'environnement et la santé" est un autre sujet de différence marquée: 13e sujet en importance chez l'homme, il n'atteint que le 30e rang chez la femme.

Enfin, "La ménopause" constitue le dernier thème prioritaire (pour au moins l'une des deux clientèles-cibles) à faire l'objet d'une divergence d'intérêt prononcée: thème prioritaire pour la femme (rang 19), c'est un sujet de peu d'intérêt pour l'homme (rang 45).

Il est intéressant de noter que l'andropause (le pendant masculin de la ménopause) reçoit un intérêt similaire: rang 28 chez la femme, rang 44 chez l'homme.

Cette analyse des thèmes prioritaires selon le sexe démontre bien l'utilité de la présente recherche pour les fins de planification des stratégies d'information. Les différences sont si grandes entre certaines clientèles-cibles qu'il est primordial de savoir qui intéresse tel type de communication. Cette réalité se reflètera en particulier dans le choix des moyens et du style des messages.

3.3 Âge:

L'âge du répondant est un autre facteur majeur de discrimination entre les thèmes prioritaires. Evidemment, les sujets d'intérêt de la personne retraitée risquent de différer fortement de ceux du jeune adulte. Le tableau 7 (page 51) illustre cette situation.

Cette réalité se traduit dans les faits par une très grande diversité de sujets d'intérêt selon l'âge. La longue liste des thèmes prioritaires spécifiques à un spectre restreint de répondants démontre bien cette diversité (tableau 7 bis, page 40).

Les six ou sept premiers thèmes demeurent relativement constants. Cependant, pour le reste les divergences sont très nombreuses et nous soulignons ci-bas les plus marquantes.

Chez les plus jeunes répondants (20-24 ans), "L'alimentation en général" (rang 12 contre 6) et le "Dépistage du cancer du sein" (rang 16 contre 7) s'avèrent des sujets moins intéressants que pour l'ensemble des répondants. "Mes droits en tant qu'usager" (rang 14 contre 9), "Les produits alimentaires et leurs propriétés" (rang 34 contre 19), "La prévention" (rang 28 contre 16), "Les toxicomanies chez les jeunes" (rang 28 contre 16), "Le sucre et ses conséquences" (rang 29 contre 19), "Les rôles des établissements" (rang 27 contre 20) et "Le stress" (rang 32 contre 20) constituent également des sujets beaucoup moins populaires auprès des jeunes que dans la population en général.

D'un autre côté, plusieurs sujets sont considérés prioritaires par les jeunes alors qu'ils sont beaucoup moins intéressants pour l'ensemble de la population: "Le développement de l'enfant" (rang 7 contre 16), "Les services offerts aux travailleurs" (rang 15 contre 23), "La sexualité" (rang 4 contre 27, pour les plus de 34 ans le rang varie de 33 à 51), "Les services offerts aux 0-4 ans" (rang 20 contre 41), "Les services offerts aux femmes enceintes" (rang 19 contre 48) et "L'alimentation du nourrisson" (rang 18 contre 54, pour les autres groupes, l'intérêt varie du rang 45 au rang 57). Ces thèmes constituent donc des sujets d'intérêt spécifiques aux jeunes adultes de 20-24 ans.

Chez les 25-34 ans, la situation ressemble assez à celle des 20-24 en ce sens que les divergences avec la région sont importantes. Les intérêts ne sont cependant pas les mêmes.

Ainsi, les thèmes "L'alimentation en général" (rang 13 contre 6), "Les services aux adultes de 18-64" (rang 22 contre 14), "Les produits alimentaires et leurs propriétés" (rang 25 contre 15), "La prévention" (27 contre 16), "Le sucre et ses conséquences" (31 contre 19), "Les rôles des établissements" (30 contre 20) et "Le stress" (26 contre 20) suscitent moins l'intérêt que chez l'ensemble de la population.

Par contre, les 25-34 s'intéressent aux thèmes suivants beaucoup plus que les autres répondants: "Le développement de l'enfant" (rang 3 contre 16), "Les services offerts aux 5-17 ans" (rang 15 contre 26), "L'importance des dents permanentes" (16 contre 27), "Les maladies de l'enfance" (19 contre 33), "L'alimentation des 6-17 ans" (20 contre 39) et "Les services offerts aux 0-4 ans" (17 contre 41). En fait, cette liste comprend plusieurs thèmes d'intérêt spécifique aux jeunes familles.

Chez les 35-44, la situation ressemble plus au portrait régional. Les huit sujets les plus mentionnés sont à peu près les mêmes. Parmi les thèmes plus populaires que chez la population générale, les principaux sont: "Le stress" (rang 14 contre 20), "Les services offerts aux 5-17 ans" (rang 17 contre 26), "La ménopause" (rang 9 contre 31).

Pour ce qui est des thèmes moins populaires, on retrouve "Les effets secondaires des examens" (rang 13 contre 7), "La prévention des accidents domestiques" (rang 19 contre 9), "Les produits alimentaires et leurs propriétés" (rang 21 contre 15), "Le développement de l'enfant" (rang 26 contre 16) et "Le sucre et ses conséquences" (rang 25 contre 19).

Chez les 45-54 ans, les sept (7) premières priorités sont les mêmes que pour l'ensemble de la population. Les thèmes qui ont reçu un classement beaucoup plus prioritaire que leur rang global sont "Les produits alimentaires et leurs propriétés" (rang 9 contre 15), "Le sucre et ses conséquences" (8 contre 19), "La ménopause" (18 contre 31), "Les prothèses dentaires" (12 contre 36) et l'"Andropause" (19 contre 37).

Les thèmes moins populaires que chez l'ensemble de la population furent "Les effets secondaires des examens" (13 contre 7), "La prévention des accidents domestiques" (17 contre 9), "Les empoisonnements alimentaires" (23 contre 12), "La prévention" (22 contre 16) et "Le développement de l'enfant" (39 contre 16).

Pour les personnes âgées de 55-64 ans, les besoins d'information particuliers deviennent de plus en plus marqués. "L'alimentation" apparaît au premier rang (contre un sixième au classement général). "Le sucre et ses conséquences" (rang 5 contre 19), "La relation santé-alimentation" (15 contre 22), "L'environnement et la santé" (17 contre 24), "L'aide aux faibles revenus" (19 contre 29), "Les services offerts aux personnes âgées" (12 contre 33) et "Les prothèses dentaires" (18 contre 36) constituent d'autres thèmes qui intéressent plus les personnes de ce groupe que l'ensemble de la population.

Par contre, "Le dépistage du cancer du sein" (rang 21 contre 7), "Les empoisonnements alimentaires" (29 contre 12), "Les toxicomanies chez les jeunes" (35 contre 16) et "Le développement de l'enfant" (37 contre 16) intéressent beaucoup moins cette strate.

Enfin, chez les personnes âgées (65 ans et plus), le thème "Les services offerts aux personnes âgées" apparaît au premier rang des priorités d'information (contre un rang 33 pour l'ensemble). Les thèmes "Les produits alimentaires

et leurs propriétés" (rang 5 contre 15), "Les rôles des établissements" (rang 9 contre 20), "La relation santé-alimentation" (rang 12 contre 22) et "L'aide aux faibles revenus" (rang 13 contre 29) revêtent également beaucoup plus d'importance pour les personnes âgées.

Les thèmes qui ont perdu plusieurs rangs de priorité sont principalement "Les dangers des médicaments" (rang 16 contre 2), "Le dépistage du cancer du sein" (19 contre 7), "Les empoisonnements alimentaires" (20 contre 12), "Les services aux adultes de 18 à 64 ans" (24 contre 14), "Les toxicomanies chez les jeunes" (36 contre 16), "Le développement de l'enfant" (39 contre 16) et "Le stress" (27 contre 20).

3.4 Sclolarité:

La sclolarité constitue un quatrième facteur de stratification important. Il est évident que la sclolarité jouera un rôle important sur les moyens qui seront pris pour toucher les gens (médias écrits versus médias électroniques par exemple). Cependant, le propos de la présente section est de vérifier les préférences en fonction du niveau de sclolarité du répondant (voir tableau 8, page 42).

Avant de décrire le détail des thèmes prioritaires, une remarque intéressante: les gens ayant une formation universitaire ont démontré beaucoup moins d'intérêt pour l'information socio-sanitaire que les autres groupes. Pour chaque thème, leurs notes apparaissent toujours bien inférieures: seuls les 8 premiers thèmes ont reçu une note d'au moins 2.00 (la barrière de l'intérêt pour un thème prioritaire).

Chez les gens de niveau primaire, où l'on constate une forte concentration de personnes plus âgées, les sujets "Produits alimentaires et leurs propriétés" (rang 9 contre 15), la "Relation santé-alimentation" (16 contre 22), la "Ménopause" (19 contre 31) et les "Services aux personnes âgées" (14 contre 33) ont soulevé beaucoup plus d'intérêt que chez l'ensemble. Par contre, les thèmes "Dépistage du cancer du sein" (rang 13 contre 7), "Empoisonnement alimentaire" (25 contre 12), "Toxicomanies chez les jeunes" (30 contre 16) et "Développement de l'enfant" (36 contre 16) apparaissent moins prioritaires.

Pour les répondants ayant un cours secondaire, les besoins d'information, ou à tout le moins, les thèmes prioritaires sont essentiellement les mêmes que pour la population dans son ensemble. Seule exception, le thème "La sexualité" arrive au rang 19 alors qu'il ne figure qu'au 27e rang du classement

général. D'autre part, aucun sujet n'a perdu plus de 5 rangs dans l'intérêt de ces répondants par rapport aux résultats d'ensemble.

Chez ceux ayant un cours collégial, les résultats apparaissent également conformes au portrait global. Quelques différences à noter cependant: les "Menus équilibrés" (rang 3 contre 13), "Le contrôle de mon poids" (18 contre 24) et les "Services aux enfants de 5-17 ans" (17 contre 26) occupent une place bien plus élevée dans l'intérêt des répondants. Par contre, les thèmes "Effets secondaires des examens" (rang 13 au lieu de 7), "Produits alimentaires et leurs propriétés" (rang 27 au lieu de 15), "Développement de l'enfant" (24 au lieu de 16) et "Le sucre et ses conséquences" (26 au lieu de 19) ont perdu plusieurs positions.

Enfin, pour les universitaires, les thèmes qui gagnent plusieurs rangs dans l'échelle d'intérêt sont: "Mes droits en tant qu'utilisateur" (rang 2 au lieu de 9), les "Empoisonnements alimentaires" (3 au lieu de 12), "Les rôles des établissements" (10 au lieu de 20) et "Les services aux enfants de 5-17 ans" (9 au lieu de 26). De plus, comme nous l'avons souligné plus haut la plupart des thèmes ont reçu une note très inférieure de la part des gens ayant une formation universitaire. Il nous apparaît évident que ces répondants plus instruits sont relativement peu intéressés à recevoir de l'information, à l'exception des 8 premiers thèmes.

3.5 Statut socio-économique:

Le statut socio-économique (ou la classe sociale) représente un déterminant important des besoins ou des préférences des individus. Nous avons voulu identifier les thèmes prioritaires selon les quatre classes dites "inférieure", "moyenne-inférieure", "moyenne-supérieure" et "supérieure" décrites au module #2. Le tableau 9 (page 43) présente les thèmes considérés comme prioritaires par ces groupes. Le statut socio-économique est évalué sur l'échelle de Blishen décrite ailleurs (module #2).

Pour les gens de la classe "inférieure" (cote de 1 sur l'échelle de Blishen), les thèmes prioritaires correspondent largement à ceux de l'ensemble des répondants. Seule exception notable, les "Toxicomanies chez les jeunes" (rang 24 contre 16) constitue un sujet légèrement moins prioritaire chez cette classe.

Les gens de milieu moyen inférieur (cote de 2 sur l'échelle de Blishen) montrent plus de différences face à l'ensemble de la population. Notons quelques discordances importantes "La prévention des accidents domestiques"

(rang 3 au lieu de 9), "Les services offerts aux travailleurs" (7 au lieu de 23), "Les services aux enfants de 5-17 ans" (16 au lieu de 26), "La sexualité" (13 au lieu de 27) et "Les dangers au travail" (15 au lieu de 35). Du côté des sujets qui intéressent moins cette classe, les "Types de médicaments: avantages et inconvénients" (rang 11 au lieu de 3), "L'alimentation en général" (rang 14 au lieu de 6), "Comment consulter mon dossier" (18 au lieu de 11), les "Menus équilibrés" (19 au lieu de 13), "Les produits alimentaires et leurs propriétés" (28 au lieu de 15), le "Développement de l'enfant" (24 contre 16) et "Le sucre et ses conséquences" (26 contre 19) apparaissent beaucoup plus bas dans l'échelle d'intérêt de ce groupe. De plus, il importe de noter que ce groupe a exprimé un intérêt exceptionnel pour l'information socio-sanitaire: 39 thèmes ont reçu une note d'au moins 2.00 (un de nos seuils identifiant un thème prioritaire).

Pour les répondants de statut moyen-supérieur (cote de 3 sur l'échelle de Blishen), les thèmes prioritaires montrent également des divergences importantes avec ceux de l'ensemble. Certains thèmes jouissent d'un intérêt plus grand que pour l'ensemble: le "Développement de l'enfant" (rang 8 au lieu de 16), les "Services offerts aux travailleurs" (6 au lieu de 23) et les "Dangers au travail" (20 au lieu de 35). D'autres apparaissent plus loin dans les préoccupations: "L'alimentation en général" (rang 17 au lieu de 6), les "Effets secondaires des examens" (14 au lieu de 7) et les "Produits alimentaires" (22 au lieu de 15).

Il faut absolument souligner ici la place très prioritaire occupée chez les deux groupes de la classe moyenne par les sujets relatifs à la santé au travail. Ce phénomène ne se rencontre chez aucun autre groupe de répondants.

Enfin, pour les répondants de la classe "supérieures" (cote de 4 et plus sur l'échelle de Blishen), on remarque quelques préférences qui correspondent assez à l'image qu'on se fait de cette classe sociale: "Le stress" (rang 6 au lieu de 20) et "L'environnement et la santé" (rang 9 contre 24) occupent une position beaucoup plus élevée sur l'échelle d'intérêt. Par contre, le "Dépistage du cancer du sein" (rang 24 contre 7), "Les effets secondaires des examens" (18 contre 7), les "Produits alimentaires" (25 contre 15), "La prévention" (23 contre 16) et "Le sucre et ses conséquences" (29 contre 19) perdent plusieurs rangs chez ce groupe.

3.6 Enfants à la maison:

Le fait d'avoir ou non des enfants de moins de 18 ans à la maison constitue la dernière variable utilisée pour déterminer nos clientèles-cibles pré-identi-

fiées. Il nous apparaissait probable que les familles avec des enfants à la maison auraient des besoins d'information spécifiques. Le tableau 10 (page 44) présente les thèmes jugés prioritaires pour ce groupe.

Les résultats viennent confirmer en partie notre hypothèse préalable. Ainsi, les thèmes dits familiaux, "Développement de l'enfant" (rang 7 contre 16), "Les services offerts aux enfants de 5-17 ans (17 contre 26), "L'importance des dents permanentes" (18 contre 27) et "Les services offerts aux enfants de 0-4 ans" (rang 15 contre 41), jouissent d'une popularité sensiblement plus forte chez cette population-cible.

Par contre, d'autres thèmes, comme "L'alimentation en général" (rang 13 contre 6), les "Effets secondaires des examens" (rang 14 contre 7) et les "Services aux adultes de 18 à 64 ans" (43 contre 14) ont perdu plusieurs positions sur l'échelle d'intérêt.

3.7 Clientèles spécifiques, à la demande:

Il importe de souligner ici au lecteur les perspectives intéressantes que fait miroiter un système de traitement de données aussi souple que celui utilisé.

Ce système offre la possibilité de définir des clientèles très spécifiques, déterminées par l'utilisateur, dont il est possible d'analyser les intérêts propres.

Supposons, par exemple, qu'un intervenant veut connaître les intérêts des hommes de 18 à 64 ans, mariés et qui occupent un emploi régulier. Il suffit de découper les données en conséquence.

Autre exemple, le responsable d'une chronique dans un journal veut savoir quels sujets préoccupent les femmes de 25 à 44 ans, du district socio-santaire de Roberval, qui lisent régulièrement l'Etoile du Lac. Ce besoin spécifique peut également être comblé par un découpage adéquat des données recueillies.

En fait, cette façon de procéder ouvre la porte à des possibilités qui ne sont pas limitées que par l'imagination des concepteurs.

Ainsi, la personne qui désire des analyses très particulières devra adresser une demande bien articulée à l'auteur des présents documents. Les possibilités de réponse seront alors analysées. Les stratifications et les traitements informatiques nécessaires pourront ensuite être effectués selon des ententes à préciser.

4. PROFIL DE CHAQUE CHAMP D'INTÉRÊT:

Etant donné le volume considérable de l'information recueillie lors de l'enquête, nous avons limité jusqu'ici notre analyse aux seuls thèmes jugés prioritaires pour chacune des clientèles-cibles identifiées.

Le présent chapitre présente plutôt une analyse succincte de chaque sujet. Il sera ainsi possible de voir qui intéressent les thèmes moins populaires (comme les "Droits des couples face à l'accouchement" ou le "Retrait préventif de la travailleuse enceinte"). Ce qui pourra parfois apporter un éclairage nouveau sur les préférences individuelles.

La classification utilisée, l'ordre de priorité des thèmes, apparaît au tableau 2 - "Thèmes prioritaires" (page 35), au tableau 3 - "Thèmes d'intérêt moyen" (page 36) et au tableau 4 - "Thèmes de peu d'intérêt" (page 37). Pour s'y retrouver plus facilement, le lecteur consulte ces tableaux, repère le thème qui l'intéresse et se réfère à la section correspondante. Le chiffre entre parenthèse est le numéro du thème dans la liste des champs d'intérêt du tableau 1 (ex.: #29).

4.1 THÈMES PRIORITAIRES:

1- Que faire en cas d'accident à la maison (#29):

Ce thème arrive au premier rang d'intérêt de la plupart des sous-populations étudiées. Il constitue nettement le thème ayant soulevé le plus d'intérêt.

2- Dangers d'une mauvaise utilisation des médicaments (#13):

C'est également un thème qui apparaît aux tous premiers rangs des intérêts de tous les répondants. Sauf dans le cas des 65 ans et plus où il arrive au 16^e rang. Ce fait est remarquable si l'on considère que notre expérience professionnelle nous amène à penser que cette clientèle âgée possède des besoins urgents d'information sur les médicaments (1).

3- Types de médicaments; avantages et inconvénients (#14):

Ce sujet appartient au même champ thématique que le précédent et suit passablement la même distribution. Il est généralement coté entre le premier et le 7^e rang. Aucune sous-population ne se distingue vraiment.

3- Les types de cancer et leur prévention (#27):

Ce sujet arrive au tout premier rang pour chacune des sous-populations.

5- L'utilisation des médicaments (#12):

Ce sujet appartient au même domaine thématique que ceux des rangs 2 et 3. La grande popularité de ces thèmes semble indiquer de grands besoins d'information sur les médicaments, et ce pour tous les sous-groupes de répondants.

6- L'alimentation en général (#15):

C'est un thème qui intéresse de façon assez vive la plupart des gens (rang variant entre 4 et 14). Cependant, les répondants plus âgés ont démontré un intérêt encore plus marqué pour ce sujet (rang 1 chez les 55 à 64 ans et rang 2 chez les 65 et plus).

7- Dépistage du cancer du sein (#26):

Ce thème arrive à un rang de priorité aussi élevé en raison de la forte sur-représentation féminine (rang 4 chez les femmes et 28 chez les hommes). De plus, il intéresse surtout les répondants âgés de 25 à 54 ans. Pour les autres classes d'âge, il revêt une importance secondaire.

7- Effets secondaires des examens (#62):

Ce sujet occupe une place importante chez l'ensemble des répondants (rang variant de 5 à 14). Les répondants de la classe supérieure se sont montrés un peu moins intéressés (rang 18).

9- Droits des usagers (#9):

Ce thème est considéré d'intérêt prioritaire par toutes les classes de répondants, en particulier ceux ayant un niveau de scolarité universitaire (2e rang).

9- Prévention des accidents domestiques (#28):

Ce thème a reçu des notes élevées de toutes les catégories de répondants. Il appartient au même champ thématique que le sujet de rang 1.

11- Comment consulter mon dossier (#61):

Autre thème ayant reçu un assentiment assez généralisé, ce sujet occupe un rang prioritaire chez tous les sous-groupes (rang de 5 à 18).

12- Empoisonnements alimentaires (#20):

Constitue l'un des premiers thèmes qui ont connu des variations importantes d'intérêt. Ainsi, ce sujet occupe des rangs de priorité secondaires chez les répondants âgés de 45 à 64 ans et chez les sous-scolarisés (rang de 23 à 29). Par contre, les universitaires (rang 3) l'ont placé très haut dans leurs priorités.

13- Les menus équilibrés (#17):

Ce sujet intéresse particulièrement les gens du district de Chibougamau (rang 3) et ceux qui ont un cours collégial. Les universitaires (rang 21) sont moins intéressés que l'ensemble.

14- Services offerts aux adultes de 18 à 64 ans (#5):

Ce thème intéresse moins les répondants de 25 à 34 ans, ceux âgés de 65 ans et plus et les universitaires (rangs de 22 à 24) et apparaît tout à fait négligeable pour les personnes ayant des enfants à la maison (rang 43). Les parents semblent s'oublier eux-mêmes face aux besoins de leurs enfants: ce sont également les seuls répondants qui trouvent prioritaire l'information sur les services aux enfants (voir les points 26 et 41 de cette nomenclature).

15- Les produits alimentaires (#19):

La priorité à ce thème augmente avec l'âge: place prioritaire chez les répondants âgés de 45 ans et plus (rangs 5 à 10) et un intérêt secondaire chez les plus jeunes (rangs décroissant de 34 à 21 pour les 20 à 44 ans). De plus, il revêt plus d'intérêt chez les gens moins instruits et de classe supérieure (ces variables sont cependant fortement corrélées avec l'âge).

16- La prévention (#10):

Ce thème intéresse beaucoup plus les hommes (rang 9) que les femmes (22) alors que nous faisons l'hypothèse contraire. L'intérêt pour ce thème est moins élevé chez les plus jeunes (rangs 28 et 27 chez les 20-34 ans). Alors que c'est à cet âge qu'il apparaît plus logique de prévenir.

16- Les toxicomanies chez les jeunes (#33):

Ce thème occupe le même rang d'intérêt chez la plupart des répondants (rangs 13 à 22). Cependant, il préoccupe plus les répondants de la classe supérieure (rang 11). D'un autre côté, les répondants âgés de 55 ans et plus (rangs 35 et 36), les jeunes de 20 à 24 ans (rang 25) et les sous-scolarisés accordent moins d'importance à ce thème.

16- Le développement de l'enfant (#53):

Ce thème intéresse évidemment de façon particulière les tranches d'âge susceptibles d'avoir de jeunes enfants (20 à 24 ans: rang 7; 25 à 34: rang 3) et les gens qui ont des enfants à la maison (rang 8). De façon moins marquée, c'est un sujet plus prioritaire pour la femme (rang 15) que pour l'homme (rang 22). Enfin, ce thème apparaît secondaire chez les plus âgés (35 ans et plus, rang 26 à 39) et chez les peu scolarisés (rang 36), qui sont fortement associés aux personnes âgées.

19- Le sucre et ses effets sur la santé (#48):

De façon remarquable, ce thème intéresse d'abord les répondants les plus âgés (45-54 ans: rang 8; 55-64: rang 5; 65 et plus: rang 18) alors que pour les moins de 45 ans c'est un thème d'intérêt secondaire (rangs 25 à 31) ainsi que pour les répondants appartenant à la classe supérieure (rang 29).

20- Les rôles des établissements (#1):

Ce thème intéresse de façon similaire la plupart des sous-populations de répondants. Paradoxalement l'intérêt est plus marqué dans le cas des personnes âgées (rang 9), des universitaires (rang 10) et des gens du niveau socio-économique supérieur (rang 14). Les plus jeunes sont moins touchés par ce thème: rang 27 chez les 20-24 et rang 30 chez les 25-34.

20- Le stress (#57):

Comme l'on pouvait s'y attendre, ce thème constitue une préoccupation majeure des gens de classe socio-économique supérieure (rang 6). De plus, il suscite plus d'intérêt chez les gens plus scolarisés et constitue un thème prioritaire pour la seule classe d'âge des 35-44. Pour les autres âges, c'est un thème d'intérêt secondaire. Enfin, dans le district de Roberval, ce thème occupe un échelon significativement plus élevé (rang 14).

22- La relation santé-alimentation (#18):

Ce thème, comme dans le cas du rapport sucre-santé, intéresse d'abord les gens plus âgés (rangs 15 et 12 chez les 55 ans et plus) et apparaît secondaire pour les plus jeunes. En terme de prévention (par l'acquisition de saines habitudes) l'inverse nous paraît plus souhaitable. Mais il semble bien que les gens ne s'intéressent aux effets de l'alimentation sur la santé que lorsqu'ils sentent celle-ci menacée. Est-il alors trop tard?

23- Les services offerts aux travailleurs (#8):

Ce sujet préoccupe de façon prioritaire certains sous-groupes spécifiques: rang 13 chez l'homme et rang 37 chez la femme, rang 6 et 7 pour les répondants de la classe moyenne, rang 17 pour les gens de Chibougamau. Il nous semble plausible de croire que ces catégories de répondants sont plus susceptibles d'occuper un emploi "à risque".

4.2 THÈMES D'INTÉRÊT SECONDAIRE:**24- Le contrôle de mon poids (#16):**

Cette question intéresse particulièrement les gens d'un certain âge (45 ans et plus) et de niveau socio-économique inférieur (rangs 17 à 22). Les plus jeunes, les résidents des districts de Roberval et d'Alma, les universitaires et

les gens des classes moyenne et supérieure donnent des rangs très peu prioritaires à cette question (rangs 34 à 39).

24- L'environnement et la santé (#52):

Ce thème à saveur écologique montre de fortes variations de popularité. Tel qu'attendu, la classe socio-économique supérieure démontre un intérêt prioritaire pour ce thème (rang 8), de même que les universitaires (rang 19), alors que les gens de classe moyenne ou inférieure, et ceux qui sont moins scolarisés, ne lui portent qu'un intérêt secondaire. De plus, les hommes (rang 13) accordent beaucoup plus d'importance à ce thème que les femmes (rang 30). Par contre, au contraire de ce que nous anticipions, l'intérêt pour ce thème augmente avec l'âge (rang 17 et 21) chez les 55 ans et plus), rangs variant de 30 à 37. De plus, les résidents du district de Roberval montrent, eux aussi, un intérêt particulier pour ce thème.

26- Les services offerts aux enfants de 5-17 ans (#4):

Ce thème apparaît prioritaire chez les groupes susceptibles d'avoir des enfants de cet âge (personnes âgées de 25 à 44 ans: rangs 15 et 17; répondants ayant des enfants: rang 17). Fait notable, cette question intéresse beaucoup plus les femmes (rang 24) que les hommes (rang 61).

27- La sexualité (#41):

Ce thème soulève un intérêt secondaire ou faible à l'exception de deux exceptions notables: les 20-24 ans (rang 4) et les gens de la classe moyenne-inférieure (rang 13).

27- Importance des dents permanentes (#46):

Cette question reçoit un rang prioritaire des personnes susceptibles d'avoir de jeunes enfants: celles qui ont des enfants à la maison (rang 18), les gens âgés de 25-34 ans. De plus, il est intéressant de constater le rang élevé accordé à ce thème par les gens de Dolbeau (rang 18) alors que ce district présente justement les plus graves problèmes de santé dentaire (2).

29- L'aide aux personnes qui manquent de revenus (#54):

Tel qu'entendu, ce thème revêt un intérêt prioritaire uniquement pour les personnes âgées (rang 13 chez les 65 ans et plus, rang 19 chez les 55-64). Le district d'Alma (rang 21), en raison de répondants plus âgés, montre également un certain intérêt pour cette question.

29- Les allergies (#58):

Cette question intéresse de façon secondaire la plupart des sous-populations étudiées.

31- La ménopause (#24):

Ce thème présente évidemment de grandes différences selon le sexe et l'âge du répondant. Il est d'un intérêt prioritaire pour les femmes (rang 19) alors qu'il intéresse peu les hommes (rang 45). C'est également un sujet prioritaire chez les répondants âgés de 35-54 ans (rangs 9 et 18), la période chronologique durant laquelle survient ce phénomène. De plus, le district de Roberval montre un intérêt spécial pour ce sujet (rang 19).

32- Les techniques de relaxation (#30):

Les mêmes groupes intéressés par le stress considèrent ce thème d'information comme prioritaire: les gens de scolarité universitaire (rang 16) et de niveau socio-économique supérieur (rang 21). De plus, les personnes âgées portent un certain intérêt à recevoir de l'information en ce domaine (rang 23).

33- Les services aux personnes âgées (#6):

Voilà le type de thème axé essentiellement sur une clientèle-cible spécifique. En effet, ce thème intéresse au plus haut point les personnes âgées (rang 1) et celles en voie de l'être (rang 12 chez les 55-64 ans). Les gens sous-scolarisés (la scolarité primaire regroupe 52% des 55 ans et plus) accordent aussi un rang élevé à ce sujet (rang 14) de même que le district d'Alma (rang 21) où se concentre un échantillon plus âgé.

33- La dépression nerveuse (#56):

Ce thème revêt un intérêt secondaire pour toutes les catégories de répondants, sauf pour les 20-24 ans et les 55-64 ans où il est sans intérêt.

35- Les dangers au travail (#51):

Ce thème représente un intérêt prioritaire pour les gens appartenant, si l'on peut dire aux classes laborieuses: classes moyenne-inférieure (rang 15) et moyenne-supérieure (rang 20) et les répondants masculins (rang 18). Le degré de priorité générale relativement bas de ce thème s'explique par la surreprésentation féminine dans l'échantillon (rang de priorité 37).

36- Les prothèses dentaires (#47):

Ce thème, généralement peu considéré, occupe un rang prioritaire chez les gens d'un certain âge (rang 12 chez les 45-54 et rang 18 chez les 55-65). Ce qui nous apparaît conforme à l'évolution physiologique de la denture. De plus, le secteur de Dolbeau, caractérisé par une mauvaise condition dentaire (2), accorde une importance remarquable à ce thème (rang 21 alors que, dans les autres secteurs, ce rang varie de 37 à 41).

37- L'andropause (#25):

Ce sujet revêt peu d'intérêt pour la majorité des groupes de répondants à l'exception des 45-54 ans où il arrive au 19^e rang de priorité. Il est intéressant de noter que ce phénomène masculin reçoit un certain intérêt de la part des femmes (rang 28) alors qu'il n'en a aucun pour les hommes (rang 44).

38- La vaccination (#50):

Ce sujet ne soulève que peu d'intérêt à l'exception des parents de jeunes enfants (rangs 23 et 26 chez les 20-34 ans):

39- Alimentation de l'enfant d'âge scolaire (#21):

Ce thème apparaît prioritaire pour les gens âgés de 25-34 ans (rang 20), les plus susceptibles d'avoir de jeunes enfants. A cette exception près, il n'intéresse personne.

39- Les maladies de l'enfance (#49):

Ce sujet intéresse essentiellement les jeunes parents chez qui il occupe un rang prioritaire (rangs 19 et 21).

41- Les services offerts aux enfants de 0-4 ans (#3):

Encore un thème prioritaire chez les jeunes parents (rang de 15 à 17), ce thème ne revêt aucun intérêt pour les autres groupes de répondants.

4.3 THÈMES DE PEU D'INTÉRÊT:

42- Les services offerts aux handicapés (#7):

Ce thème ne soulève aucun intérêt chez la plupart des répondants à l'exception des gens plus âgés (rangs 26 et 30) qui sont plus susceptibles de développer des déficiences. Les gens ayant des enfants à la maison accordent aussi un intérêt secondaire à ce thème (rang 28).

42- Le tabac (#34):

L'information sur le tabac ne soulève aucun intérêt de la part des répondants à l'exception des plus jeunes (20-24 ans) chez qui ce thème occupe un rang de priorité relativement élevé (23). Une conséquence des programmes récents de lutte anti-tabagique à l'école?

44- Action du fluor contre la carie (#44):

Ce thème n'intéresse aucun groupe de façon particulière. La plupart des répondants sont peu intéressés à recevoir plus d'information sur ce point.

45- Les maladies vénériennes (#38):

Aucun groupe de répondants ne manifeste un intérêt quelconque pour ce thème.

46- L'alimentation de l'enfant d'âge pré-scolaire (#23):

Ce sujet ne soulève en général que peu d'intérêt chez nos répondants. Cependant, les gens en âge d'avoir de jeunes enfants classent ce thème bien plus haut sur leur échelle d'intérêt: 20-24 ans (rang 24), 25-34 ans (rang 28), et 35-44 ans (rang 26).

47- Les troubles mentaux courants (#55):

Aucun groupe ne manifeste d'intérêt pour recevoir de l'information sur ce thème. Cependant, les personnes âgées de 65 ans et plus lui portent un intérêt secondaire (rang 35).

48- Les services offerts aux femmes enceintes (#2):

Ce thème ne concernant qu'un événement très ponctuel intéresse peu les divers groupes de répondants, à l'exception des jeunes de 20-24 ans (rang 19).

49- L'alcoolisme (#35):

Ce thème intéresse peu les divers groupes de répondants: aucun ne lui marque un rang d'intérêt élevé.

49- Les handicaps physiques (#37):

Aucun groupe de répondants n'accorde à ce thème un rang de priorité élevé.

49- Le suicide (#59):

Aucune catégorie de répondants n'accorde à ce thème un rang de priorité élevé.

52- L'importance des dents de lait (#45):

Aucun groupe n'accorde un rang de priorité élevé à ce thème.

52- Regrouper des gens d'intérêts communs (#60):

Aucun groupe n'accorde à ce thème un rang de priorité élevé.

54- L'alimentation du nourrisson (#22):

Ce thème occupe généralement des positions très inférieures chez la presque totalité des groupes interrogés. Une exception cependant: il obtient un rang prioritaire chez les jeunes de 20-24 ans (rang 18). Ceux-ci sont sans doute plus susceptibles d'avoir un nourrisson.

55- Les handicaps mentaux (#36):

Aucun groupe n'accorde un rang de priorité élevé à ce thème. Cependant, les personnes âgées le classent au 34^e rang (une forte amélioration par rapport à son classement général).

56- Les droits des couples face à l'accouchement (#40):

Aucun groupe n'accorde un rang de priorité plus élevé que le 49^e à l'exception des jeunes de 20-24 ans (rang 23).

57- Le retour post-partum (#39):

Ce thème reçoit également des rangs de priorité très bas à l'exception des plus jeunes répondants (rang 22 chez les 20-24 ans). Les questions relatives à l'accouchement préoccupent d'ailleurs beaucoup plus les jeunes.

58- Les méthodes contraceptives (#32):

Aucun groupe n'accorde un rang de priorité élevé à ce thème.

59- Les possibilités de travail bénévole au C.L.S.C. (#11):

Aucun groupe n'accorde un rang de priorité élevé à ce thème. Cependant, les résultats semblent encourageants en terme de recrutement puisque 17% des répondants se sont dits très intéressés à avoir plus d'information sur ce thème.

60- Le retrait préventif de la travailleuse (#42):

Aucun groupe n'a manifesté un rang d'intérêt élevé pour ce thème.

61- L'avortement (#43):

Aucun groupe n'a manifesté un rang d'intérêt plus élevé pour ce sujet.

62- Les cliniques de fertilité (#31):

Aucun groupe n'a marqué un rang d'intérêt plus élevé pour ce sujet.

5. CONCLUSION

L'intérêt manifesté par les répondants pour l'information socio-sanitaire nous a fortement surpris. En effet, cinquante-deux (52) des soixante-deux (62) thèmes soumis ont intéressé de façon au moins minimale plus de 50% des répondants. De plus, dix-sept thèmes (17) intéressent plus de 75 % des gens.

L'urgence des besoins en information socio-sanitaire étonne également. Plus de 40 % des répondants ont affirmé être BEAUCOUP intéressés à recevoir plus d'information sur dix-huit (18) des thèmes proposés.

Pour ce qui est de l'ordre de priorité des thèmes proposés, les tableaux en annexe et discutés dans les pages précédentes nous apparaissent faciles à interpréter.

Pour conclure, il existe des besoins en information sanitaire, dont certains semblent particulièrement aigus. De plus, il est possible d'identifier certains thèmes plus attendus par la population en général et par certains groupes-cibles spécifiques.

ANNEXE - Tableaux des résultats

**Tableau 1 -
LISTE DES CHAMPS D'INTERET**

A. ORGANISATION DES SERVICES:

	Page
1. Les rôles et vocations des établissements (ce que font le CRSSS, les CLSC, les hôpitaux, les centres d'accueil...).	22
2. Les services offerts aux femmes enceintes	26
3. Les services offerts aux enfants de 0 à 4 ans	25
4. Les services offerts aux enfants de 5 à 17 ans	23
5. Les services offerts aux adultes de 18 à 64 ans	21
6. Les services offerts aux personnes âgées de 65 ans et plus	24
7. Les services offerts aux handicapés et malades chroniques	25
8. Les services offerts aux travailleurs	22
9. Mes droits en tant qu'utilisateur d'un établissement de santé.	20
10. La prévention, qu'est-ce que c'est?	21
11. Les possibilités de travail bénévole au CLSC.	27

B. LA SANTE DES GENS:

12. L'utilisation des médicaments (quoi faire, quoi éviter...).	20
13. Les dangers d'une mauvaise utilisation des médicaments.	19
14. Les sortes de médicaments et les avantages et inconvénients de chacun.	19
15. L'alimentation en général.	20

	Page
16. Le contrôle de mon poids (obésité, rachitisme, régimes,...).	22
17. Les menus équilibrés (suggestion de recettes, menus,...).	21
18. La relation santé-alimentation.	22
19. Les produits alimentaires (produits laitiers, viandes, fruits et légumes, céréales) et leurs propriétés.	21
20. Les empoisonnements alimentaires.	20
21. L'alimentation de l'enfant d'âge scolaire (caractéristiques, croissance, menus,...) 6-7 ans.	25
22. L'alimentation du nourrisson (types de lait, avantages, inconvénients,...).	26
23. L'alimentation de l'enfant d'âge préscolaire (menus équilibrés, collation,...) 0-5 ans.	26
24. La ménopause et les problèmes qui l'accompagnent.	24
25. L'andropause et les problèmes qui l'accompagnent.	25
26. Le dépistage du cancer du sein.	20
27. Les divers types de cancer et leur prévention.	19
28. La prévention des accidents à la maison (chutes, brûlures, empoisonnements,...).	20

	Page
29. Que faire en cas de chute, brûlure, empoisonnement,... à la maison?	19
30. Les techniques de relaxation.	24
31. Les cliniques de fertilité (lorsque l'on a des problèmes pour avoir des enfants).	27
32. Les méthodes contraceptives (avantages, inconvénients,...).	27
33. Les toxicomanies chez les jeunes (drogue, alcool,...).	21
34. Le tabac (dangers, moyens pour arrêter de fumer,...).	25
35. L'alcoolisme.	26
36. Les handicaps mentaux (types, droits des handicapés, possibilités d'aide,...).	26
37. Les handicaps physiques (types, droits des handicapés, possibilités d'aide,...).	26
38. Les maladies transmises sexuellement (vénériennes).	26
39. Le retour à la maison après l'accouchement (soins du bébé, soins, relations personnelles modifiées,...).	27
40. Les droits des couples face à l'accouchement.	27
41. La sexualité.	23

	Page
42. Le retrait préventif de la travailleuse enceinte (demande de congé en raison des risques au travail).	27
43. L'avortement ou l'interruption de grossesse.	27
44. L'action du fluor contre la carie.	25
45. L'importance des dents de lait.	26
46. L'importance des dents permanentes.	23
47. Les prothèses dentaires (entretien, remplacement des dentiers, etc...).	24
48. Le sucre et ses conséquences sur la santé.	22
49. Les maladies de l'enfance (coqueluche, rougeole, amygdalite, otite...).	25
50. La vaccination et l'immunisation (avantages et inconvénients, succès...).	25
51. Les dangers au travail (bruit, matières toxiques...).	24
52. L'environnement et la santé (pollution, climat,...).	23
53. Le développement de l'enfant (psychologique, visuel, auditif...).	21
54. L'aide aux personnes qui manquent de revenus.	23

	Page
55. Les troubles mentaux courants.	26
56. La dépression nerveuse.	24
57. Le stress.	22
58. Les allergies.	23
59. Le suicide.	26
60. Comment regrouper des gens ayant des intérêts communs (ex: chômeurs, parents,...)?	26
61. Comment faire pour consulter mon dossier (à l'hôpital, au CLSC, au bureau du médecin)?	20
62. Les effets secondaires de certains examens (radiographie, échographie, etc.)	20

**Tableau 2 -
THEMES PRIORITAIRES**

Rang	Note	Thème (# de variables)
1	2.39	Que faire en cas d'accident domestique? (29)
2	2.32	Les dangers d'une mauvaise utilisation des médicaments (13)
3	2.31	Les types de médicaments et leurs avantages et Inconvénients (14)
3	2.31	Les types de cancer et leur prévention (27)
5	2.30	L'utilisation des médicaments, que faire, quoi éviter...(12)
6	2.21	L'alimentation en général (15)
7	2.20	Le dépistage du cancer du sein (26)
7	2.20	Les effets secondaires des examens (radiographie, échographie,... (62)
9	2.19	Mes droits en tant qu'usager (9)
9	2.19	La prévention des accidents domestiques (28)
11	2.18	Comment consulter mon dossier (61)
12	2.15	Les empoisonnements alimentaires (20)
13	2.14	Les menus équilibrés: recettes,... (17)
14	2.12	Les services (C.L.S.C) aux adultes de 18 à 64 ans (5)
15	2.07	Les produits alimentaires et leurs propriétés (19)
16	2.05	La prévention qu'est-ce que c'est? (10)
16	2.05	Les toxicomanies chez les jeunes (33)
16	2.05	Le développement de l'enfant (53)
19	2.04	Le sucre et ses effets sur la santé (48)
20	2.03	Les rôles des établissements (1)
20	2.03	Le stress (57)
22	2.02	La relation santé-alimentation (18)
23	2.01	Les services (C.L.S.C.) offerts aux travailleurs (8).

**Tableau 3 -
THEMES D'INTERET SECONDAIRE**

Rang	Note	Thème (# de variables)
24	1.96	Le contrôle de mon poids (16)
24	1.96	L'environnement et la santé (52)
26	1.95	Les services (C.L.S.C.) aux enfants de 5-17 ans (4)
27	1.93	La sexualité (41)
27	1.93	L'importance des dents permanentes (46)
29	1.92	L'aide aux personnes qui manquent de revenus (54)
29	1.92	Les allergies (58)
31	1.91	La ménopause (24)
32	1.90	Les techniques de relaxation (30)
33	1.88	Les services (C.L.S.C.) aux personnes âgées (6)
33	1.88	La dépression nerveuse (56)
35	1.86	Les dangers au travail (51)
36	1.85	Les prothèses dentaires (47)
37	1.82	L'andropause (25)
38	1.81	La vaccination (50)
39	1.78	L'alimentation de l'enfant d'âge scolaire (21)
39	1.78	Les maladies de l'enfance (49)
41	1.76	Les services (C.L.S.C.) offerts aux enfants de 0 à 4 ans (3)

**Tableau 4 -
THEMES DE PEU D'INTERET**

Rang	Note	Thème (# de variables)
42	1.71	Le services (C.L.S.C.) offerts aux handicapés (7)
42	1.71	Le tabac (34)
44	1.67	L'action du fluor contre la carie (44)
45	1.65	Les maladies vénériennes (38)
46	1.64	L'alimentation de l'enfant d'âge pré-scolaire (23)
47	1.60	Les troubles mentaux courants (55)
48	1.58	Les services (C.L.S.C.) offerts aux femmes enceintes (2)
49	1.56	L'alcoolisme (35)
49	1.56	Le suicide (59)
52	1.55	L'importance des dents de lait (45)
52	1.55	Regrouper des gens d'intérêt commun (60)
54	1.54	L'alimentation du nourrisson (22)
55	1.49	Les handicaps mentaux (36)
56	1.43	Les droits des couples face à l'accouchement (40)
57	1.42	Le retour post-partum (39)
58	1.38	Les méthodes contraceptives (32)
59	1.34	Les possibilités de travail bénévole au C.L.S.C. (11)
60	1.32	Le retrait préventif de la travailleuse (42)
61	1.31	L'avortement (43)
62	1.01	Les cliniques de fertilité (31)

**Tableau 5 -
THEMES PRIORITAIRES SELON LE DISTRICT**

D.S.C.	THEMES (# de variable)	Chib.	Rbvl.	Dolb.	Alma
1	Actions à faire en cas d'accident domestique (29)	1	2	1	1
2	Danger des médicaments (13)	2	4	2	3
3	Types de médicaments: avanta. et Inconvé. (14)	8	3	3	2
3	Types de de cancer et prévention (27)	6	1	5	5
5	Utilisation judicieuse des médicaments (12)	3	4	3	4
6	Alimentation en général (15)	6	11	6	6
7	Dépistage du cancer du sein (26)	11	6	8	8
7	Effets secondaires des examens (62)	11	9	8	7
9	Mes droits en tant qu'usager (9)	9	7	12	10
9	Prévention des accidents domestiques (28)	14	8	7	19
11	Comment consulter mon dossier (61)	5	12	11	10
12	Empoisonnements alimentaires (20)	9	12	15	8
13	Menus équilibrés (17)	3	16	10	13
14	Services aux adultes de 18 à 64 ans (5)	14	10	17	14
15	Produits alimentaires et leurs propriétés (19)	11	16	19	(23)
16	La prévention: qu'est-ce que c'est (10)	(25)	19	13	16
16	Toxicomanies chez les jeunes (33)	18	15	(23)	18
16	Développement de l'enfant (53)	20	(24)	14	19
19	Le sucre et ses conséquences (48)	(26)	(23)	15	14
20	Les rôles des établissements (1)	(23)	18	(23)	16
20	Le stress (57)	18	14	(25)	(26)
22	Relation santé-alimentation (18)	16	(25)	19	(23)
23	Services aux travailleurs (8)	17	19	(28)	20
(25)	L' environnement et la santé (52)	(32)	19	(22)	(27)
(26)	Services aux enfants de 5-17 ans (4)	20	(26)	(31)	(29)
(31)	La ménopause (24)	(36)	19	(28)	(35)

**Tableau 6 -
THEMES PRIORITAIRES SELON LE SEXE**

D.S.C.	THEMES (# de variable)	Masc.	Fém.
1	Actions à faire en cas d'accident domestique (29)		
2	Danger des médicaments (13)	1	1
3	Types de médicaments: avanta. et inconvé. (14)	2	2
3	Types de de cancer et prévention (27)	3	4
5	Utilisation judicieuse des médicaments (12)	3	3
6	Alimentation en général (15)	5	4
7	Dépistage du cancer du sein (26)	6	7
7	Effets secondaires des examens (62)	(28)	4
9	Mes droits en tant qu'usager (9)	11	7
9	Prévention des accidents domestiques (28)	7	10
11	Comment consulter mon dossier (61)	11	9
12	Empoisonnements alimentaires (20)	8	12
13	Menus équilibrés (17)	9	12
14	Services aux adultes de 18 à 64 ans (5)	18	11
15	Produits alimentaires et leurs propriétés (19)	15	14
16	La prévention: qu'est-ce que c'est (10)	15	16
16	Toxicomanies chez les jeunes (33)	9	(22)
16	Développement de l'enfant (53)	17	19
19	Le sucre et ses conséquences (48)	(22)	15
20	Les rôles des établissements (1)	(23)	16
20	Le stress (57)	20	(23)
(22)	La relation santé-alimentation (18)	(23)	19
(23)	Les services aux travailleurs (8)	13	(37)
(24)	L'environnement et la santé (52)	13	(30)
(31)	La ménopause (24)	(45)	19
(35)	Les dangers au travail (bruits, matières toxiques,...) (57)	18	(37)

Tableau 7 -

THEMES PRIORITAIRES SELON L'AGE

D.S.C.	THEMES (# de variable)	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 et +
1	Actions à faire en cas d'accident domestique (29)	1	1	1	2	2	3
2	Dangers des médicaments (13)	3	2	4	1	6	16
3	Types de médicaments: avantages et inconvénients (14)	6	5	3	3	4	4
3	Types de cancer et prévention (27)	5	4	2	4	3	6
5	Utilisation judicieuse des médicaments (12)	2	6	5	5	7	8
6	Alimentation en général (15)	12	13	6	6	1	2
7	Dépistage du cancer du sein (26)	16	8	7	7	(21)	19
7	Effets secondaires des examens (62)	8	10	13	13	14	11
9	Mes droits en tant qu'usager (9)	14	11	8	11	11	7
9	Prévention des accidents domestiques (28)	9	9	19	17	8	15
11	Comment consulter mon dossier (61)	11	12	12	15	16	10
12	Empoisonnements alimentaires (20)	10	7	15	(23)	(29)	20
13	Menus équilibrés (17)	17	18	11	14	9	17
14	Services aux adultes de 18 à 64 ans (5)	13	(22)	10	10	13	(24)
15	Produits alimentaires et leurs propriétés (19)	(34)	(25)	(21)	9	10	5
16	La prévention: qu'est-ce que c'est (10)	(28)	(27)	18	(22)	20	14
16	Toxicomanies chez les jeunes (33)	(25)	14	16	16	(35)	(36)
16	Développement de l'enfant (53)	7	3	(26)	(39)	(37)	(39)
19	Le sucre et ses conséquences (48)	(29)	(31)	(25)	8	5	18
20	Les rôles des établissements (1)	(27)	(30)	20	(24)	(24)	9
20	Le stress (57)	(32)	(26)	14	(21)	(23)	(27)

Tableau 7 - bis

**THEMES PRIORITAIRES SELON L'AGE
SPECIFIQUES A UN SPECTRE RESTREINT.**

D.S.C.	THEMES (# de variable)	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 et +
22	La relation santé-alimentaire (18)	(31)	(29)	(22)	(22)	15	12
23	Les services offerts aux travailleurs (8)	15	(24)	(24)	(34)	(27)	(29)
24	Le contrôle de mon poids (16)	(35)	(36)	(29)	(20)	(22)	(22)
24	L'environnement et la santé (52)	(37)	(34)	(30)	(30)	17	(21)
26	Les services offerts aux 5-17 ans (4)	(38)	15	17	(41)	(45)	(44)
27	L'importance des dents permanentes (46)	(36)	16	(31)	(31)	(38)	(43)
27	La sexualité (41)	4	(21)	(33)	(37)	(41)	(51)
29	L'aide aux faibles revenus (54)	(44)	(35)	(36)	(36)	19	13
31	La ménopause (24)	(45)	(42)	9	18	(25)	(33)
33	Les maladies de l'enfance (49)	(21)	19	(41)	(52)	(54)	(54)
33	Les services offerts aux personnes âgées (6)	(41)	(41)	(40)	(40)	12	1
36	Les prothèse dentaires (47)	(56)	(44)	(34)	12	18	(28)
37	L'andropause (25)	(49)	(50)	(23)	19	(30)	(40)
39	L'alimentation des 6-17 ans (21)	(30)	20	(38)	(51)	(53)	(45)
41	Les services offerts aux 0-4 ans (3)	(20)	(17)	(51)	(57)	(48)	(52)
48	Les services offerts aux femmes enceintes (2)	19	(43)	(55)	(55)	(50)	(50)
54	L'alimentation du nourrisson (22)	18	(45)	(57)	(54)	(52)	(55)

Tableau 8 -

THEMES PRIORITAIRES SELON LA SCOLARITE

D.S.C.	THEMES (# de variable)	Prim.	Sec.	Coll.	Univ.
1	Actions à faire en cas d'accident domestique (29)	2	1	1	1
2	Dangers des médicaments (13)	5	3	4	4
3	Types de médicaments: avanta. et inconvé. (14)	1	5	2	7
3	Types de cancer et prévention (27)	6	2	8	5
5	Utilisation judicieuse des médicaments (12)	3	4	5	8
6	Alimentation en général (15)	4	11	6	(11)
7	Dépistage du cancer du sein (26)	13	6	12	(26)
7	Effets secondaires des examens (62)	10	9	13	6
9	Mes droits en tant qu'utilisateur	7	12	7	2
9	Prévention des accidents domestiques (28)	12	8	11	(18)
11	Comment consulter mon dossier (61)	8	10	10	(13)
12	Empoisonnements alimentaires (20)	(25)	7	14	3
13	Menus équilibrés (17)	11	16	3	(21)
14	Services aux adultes de 18 à 64 ans (5)	15	15	9	(23)
15	Produits alimentaires et leurs propriétés (19)	9	17	(27)	(12)
16	La prévention: qu'est-ce que c'est (10)	18	20	20	(14)
16	Toxicomanies chez les jeunes (33)	(30)	14	(24)	(22)
16	Développement de l'enfant (53)	(36)	13	16	(15)
19	Le sucre et ses conséquences (48)	17	18	(26)	(25)
20	Les rôles des établissements (1)	20	(24)	19	(10)
20	Le stress (57)	(24)	(22)	15	(17)
22	La relation santé-alimentation (18)	16	(26)	20	(20)
24	Le contrôle de mon poids (16)	20	(27)	18	(38)
26	Services aux enfants de 5-17 ans (4)	(41)	(25)	17	9
27	La sexualité (41)	(38)	19	(23)	(40)
31	Ménopause (24)	19	(34)	(31)	(41)
33	Les services aux personnes âgées (6)	14	(38)	(37)	(39)

Tableau 9 -

THEMES PRIORITAIRES SELON LE STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

D.S.C.	THEMES (# de variable)	Infé- rieur	Moy. Inf.	Moy. Sup.	Supé- rieur
1	Actions à faire en cas d'accident domestique (29)	1	1	1	1
2	Dangers des médicaments (13)	2	6	2	4
3	Types de médicaments: avanta. et Inconvé. (14)	3	11	7	2
3	Types de cancer et prévention (27)	5	2	4	5
5	Utilisation judicieuse des médicaments (12)	4	8	3	9
6	Alimentation en général (15)	6	14	17	3
7	Dépistage du cancer du sein (26)	12	4	11	(24)
7	Effets secondaires des examens (62)	9	5	14	18
9	Mes droits en tant qu'usager	7	9	5	7
9	Prévention des accidents domestiques (28)	8	3	12	12
11	Comment consulter mon dossier (61)	10	18	10	16
12	Empoisonnements alimentaires (20)	11	12	13	15
13	Menus équilibrés (17)	13	19	16	19
14	Services aux adultes de 18 à 64 ans (5)	18	10	9	10
15	Produits alimentaires et leurs propriétés (19)	14	(28)	(22)	(25)
16	La prévention: qu'est-ce que c'est (10)	15	(21)	15	(23)
16	Toxicomanies chez les jeunes (33)	(24)	17	19	11
16	Développement de l'enfant (53)	(21)	(24)	8	13
19	Le sucre et ses conséquences (48)	16	(26)	20	(29)
20	Les rôles des établissements (1)	17	(22)	(23)	14
20	Le stress (57)	(23)	20	18	6
22	La relation santé-alimentation (18)	20	(37)	(31)	20
23	Services offerts aux travailleurs (8)	(21)	7	6	(22)
24	Le contrôle de mon poids (16)	(19)	(32)	(36)	(39)
24	L'environnement et la santé (52)	(26)	(23)	(28)	8
26	Les services aux enfants de 5-17 ans (4)	(32)	16	(27)	17
27	sexualité (41)	(28)	13	(26)	(37)
35	Les dangers au travail (51)	(36)	15	20	(27)

Tableau 10 -
THEMES PRIORITAIRES POUR LES FAMILLES
AVEC DES ENFANTS A LA MAISON

D.S.C.	THEMES (# de variable)	Rang de priorité
1	Actions à faire en cas d'accident domestique (29)	1
2	Dangers des médicaments (13)	2
3	Types de médicaments: avanta. et inconvé. (14)	4
3	Types de cancer et prévention (27)	3
5	Utilisation judicieuse des médicaments (12)	5
6	Alimentation en général (15)	13
7	Dépistage du cancer du sein (26)	6
7	Effets secondaires des examens (62)	14
9	Mes droits en tant qu'usager	10
9	Prévention des accidents domestiques (28)	8
11	Comment consulter mon dossier (61)	11
12	Empoisonnements alimentaires (20)	9
13	Menus équilibrés (17)	16
14	Services aux adultes de 18 à 64 ans (5)	(43)
15	Produits alimentaires et leurs propriétés (19)	20
16	La prévention: qu'est-ce que c'est (10)	20
16	Toxicomanies chez les jeunes (33)	13
16	Développement de l'enfant (53)	7
19	Le sucre et ses conséquences (48)	19
20	Les rôles des établissements (1)	(23)
20	Le stress (57)	(22)
26	Les services aux enfants de 5-17 ans (4)	17
27	L'importance des dents permanentes (46)	18
41	Les services offerts aux enfants 0-4 ans (3)	15

BIBLIOGRAPHIE

1 Couture, R.,

**Enquête sur les personnes âgées de 65 ans et plus vivant sur le territoire
du Lac St-Jean Est. Module #5: Santé de la personne âgée,**

C.L.S.C. Le Norois, Alma, 1984, 44 p.

2 Couture, R. et Marchand, M.,

**La condition dentaire des élèves de sixième année du territoire
du DSC de Roberval,**

Département de Santé Communautaire, Roberval, 1982, 103 p.

RC/gt.

1984/11/16.

LES BESOINS DE LA POPULATION ADULTE EN INFORMATION SOCIO-SANITAIRE

Module no 4
Les problèmes d'information

Régis Couture
Conseiller en recherche

Janvier 1986

TABLE DES MATIERES

Préface	p. 3
1. Introduction	p. 4
2. Degré de connaissance sur le réseau	p. 5
2.1 Connaissance de chaque organisme	p. 5
2.1.1 Le C.R.S.S.S.	p. 5
2.1.2 Le C.S.S.	p. 6
2.1.3 Le C.L.S.C.	p. 6
2.1.4 Le C.H.	p. 6
2.2 Degré de connaissance du réseau	p. 7
3. Information sur son CLSC	p. 8
3.1 Nom du CLSC	p. 8
3.2 Accessibilité géographique	p. 9
3.3 Points de service permanents.....	p. 10
3.4 Clientèle privilégiée	p. 11
3.5 Place de la prévention	p. 12
3.6 Intérêt pour l'information des C.L.S.C.	p. 13
4. L'utilisation des CLSC	p. 14
4.1 Utilisation des C.L.S.C.	p. 14
4.2 Raisons de non-utilisation	p. 16
5. Accessibilité de l'information	p. 18
5.1 Information sur les services des C.L.S.C.	p. 18
5.2 Santé en général	p. 19
5.3 Information sociale	p. 19
6. Conclusion.....	p. 20

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - CONNAISSANCE DU RESEAU	p.22
Tableau 2 - DEGRE DE CONNAISSANCE DU RESEAU	p.23
Tableau 3 - NOM DU CLSC	p.24
Tableau 4 - ACCESSIBILITE GEOGRAPHIQUE DU CLSC	p.25
Tableau 5 - POINT DE SERVICE PERMANENT	p.26
Tableau 6 - CLIENTELES PRIVILEGIEES	p.27
Tableau 7 - PLACE DE LA PREVENTION	p.28
Tableau 8 - DOMAINES D'INFORMATION SUR LES C.L.S.C.	p.29
Tableau 9 - UTILISATION DES C.L.S.C.	p.30
Tableau 10 - CAUSES DE NON-UTILISATION	p.31
Tableau 11 - ACCESSIBILITE DE L'INFORMATION	p.32
Carte 1	
-POUR-CENT DES GENS QUI TROUVENT LE CLSC TROP LOIN	p.33
Carte 2	
-POUR-CENT DES GENS QUI ONT UN PROBLEME D'ACCESSIBILITE	p.34
Carte 3	
-CARTE DE REFERENCE (municipalités)	p.35

PREFACE

L'enquête sur les besoins en information socio-sanitaire de la population adulte de la région Lac St-Jean-Chibougamau (02-B) s'est traduite par un volumineux rapport (plus de 300 pages). Afin de faciliter la tâche du lecteur, l'auteur a réparti ce document en six (6) modules indépendants traitant chacun une composante de la recherche. Ainsi, le lecteur intéressé à un aspect spécifique des besoins en information pourra consulter le module de son choix, dans un premier temps.

Cependant, l'auteur exhorte tout lecteur sérieux, qui désire appréhender le domaine de l'étude au complet, à découvrir l'ensemble des modules.

Le module #1, plus technique, décrit en détail les méthodes de recherche utilisées pour l'enquête et constitue en fait le protocole de recherche.

Le module #2 analyse les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon étudié et certaines habitudes de vie. On y retrouve les données relatives à l'âge, au sexe et au statut socio-économique au tabagisme et à l'exercice physique, entre autres des répondants.

Le module #3 trace un profil détaillé des thèmes relatifs au domaine socio-sanitaire et établit leur classement sur une échelle ordinale décroissante (du premier au dernier).

Le module #4 valide les problèmes d'information socio-sanitaire tels que décrits lors de l'étape de consultation des intervenants du milieu et tente d'évaluer leur prévalence dans la population.

Le module #5 évalue les connaissances de base que tout le monde devrait posséder (toujours selon les intervenants socio-sanitaires) dans des domaines tels que les premiers soins, le développement de l'enfant, la contraception,...

Le module #6 sera particulièrement utile aux fins de programmation. Il analyse en détail les divers moyens d'information régionaux traditionnels (journal, radio,...) et certaines ressources alternatives (bulletins, kiosques, assemblées, ...) en mettant l'accent sur la segmentation des marchés. Il permettra d'identifier les médias appropriés aux diverses clientèles-cibles et aux divers besoins.

1. INTRODUCTION:

La consultation des intervenants du domaine socio-sanitaire a permis de scinder en deux concepts la problématique de l'information: les problèmes d'information et le manque de connaissances. Par problèmes d'information, les intervenants entendaient surtout les croyances et les préjugés de la population envers le réseau. Le manque de connaissances réfère plutôt à des connaissances de base que tous devraient posséder mais qui, selon les intervenants, font le plus défaut (thème traité au module #5).

Dans un premier temps (chapitre 2), le présent module étudie le degré de connaissance du réseau socio-sanitaire. En effet, les intervenants croient que la population, en particulier les personnes âgées et les moins favorisés, confond les rôles et les fonctions des organismes du réseau. Ce chapitre tente de vérifier cette hypothèse.

Le troisième chapitre évalue le degré de connaissance, l'accessibilité géographique et l'utilisation de chaque C.L.S.C.. De même que les besoins d'information spécifiques aux services offerts par les C.L.S.C. à partir de l'intérêt marqué par les répondants.

Le quatrième chapitre aborde l'utilisation des services des C.L.S.C. ainsi que leur corollaire (les causes de non-utilisation).

Le chapitre 5 traite de l'accessibilité de trois types d'information et des problèmes que rencontre le répondant.

Enfin la conclusion dresse un bilan succinct du présent module.

2. DEGRÉ DE CONNAISSANCE SUR LE RÉSEAU:

Lors de la consultation générale des intervenants socio-communautaires, un problème de confusion des rôles et fonctions des organismes du réseau fut identifié de façon générale. Il semblerait que la population distingue mal les C.L.S.C., C.R.S.S.S., C.S.S., etc.

Un indice simple mesurant le degré de connaissance du réseau fut élaboré à partir de huit énoncés. En fait, le répondant devait indiquer quel organisme (C.R.S.S.S., C.H., C.L.S.C. ou C.S.S.) correspondait à chaque énoncé. Deux énoncés se rapportent à chaque organisme.

En premier lieu, nous évaluerons le degré de connaissance de chaque organisme pour ensuite traiter du niveau global de connaissance du réseau.

Les résultats seront analysés en fonction des critères de stratification habituels: âge, sexe, district, scolarité, etc...

2.1 Connaissance de chaque organisme:

2.1.1 Le C.R.S.S.S.:

Comme le montre le tableau 1 (page 22), le Conseil Régional de la Santé et des Services Sociaux (C.R.S.S.S.) apparaît comme l'établissement ou organisme du réseau le moins connu. Le fait qu'il ne dispense aucun service explique sans doute en partie cette réalité.

En fait, moins de la moitié (46.6 %) des répondants furent capables d'identifier correctement les deux fonctions du C.R.S.S.S. Cependant, ces deux fonctions ne furent pas reconnues de façon équivalente.

Ainsi, la fonction de "répartir les budgets des établissements de santé de la région" s'avère assez bien connue puisque près des trois quarts des répondants ont bien répondu (71%). Par contre, à peine 57.5% des répondants ont identifié correctement le C.R.S.S.S. comme l'organisme ayant pour mandat de "recevoir vos plaintes au sujet d'un service reçu dans un établissement de santé".

2.1.2 Le C.S.S.:

Le Centre de Services Sociaux (C.S.S.) fut assez bien reconnu par les répondants à l'enquête. En fait, 62.6% des répondants furent capables de bien identifier les deux fonctions du C.S.S. (voir tableau 1, page 22).

Les deux énoncés semblent assez bien connus: 73.5 % des adultes savent que le C.S.S. s'occupe "du placement des enfants en difficulté" et 77.8 % reconnaissent qu'il est l'organisme chargé de "permettre l'adoption d'un enfant".

2.1.3 Le C.L.S.C.:

Le Centre Local de Services Communautaires (C.L.S.C.) vit une situation beaucoup plus ambiguë. Moins de 50 % des gens (49.7 %) ont identifié de façon adéquate les deux énoncés qui concernaient ce type d'établissement (tableau 1). Cependant, il convient de nuancer notre jugement avant de conclure que moins de la moitié des gens connaissent le C.L.S.C..

En effet, il existe entre les deux énoncés un écart considérable qui fait naître une hypothèse d'explication. L'un des énoncés "vacciner les jeunes enfants" s'avère connu de la grande majorité (82.6 %) alors que le second, "aider les groupes communautaires à s'organiser", apparaît relativement peu connu (61% de bonnes réponses).

Cet écart ne fait que souligner à notre avis la disparité qui existe entre la mission sanitaire d'un C.L.S.C., bien connue de la population, et sa mission sociale, beaucoup moins connue. Cet écart paraissait d'ailleurs aux intervenants comme un problème d'information majeur et les résultats viennent confirmer ce soupçon.

2.1.4 Le C.H.:

Le Centre Hospitalier (C.H.) constitue sans doute le type d'établissement le plus ancien de notre nomenclature et à ce titre il apparaît également comme le mieux connu de la population. Ainsi, 86.7 % des répondants ont identifié correctement les deux fonctions du C.H.: "fournir les services nécessaires aux opérations chirurgicales" (92 %) et "passer un rayon X" (94.2 %) comme le montre le tableau 1.

Cette position privilégiée du Centre Hospitalier dans l'échelle de connaissance des gens vient confirmer en grande partie une hypothèse de départ.

2.2 Degré de connaissance du réseau:

Les huit énoncés précédents furent fondus en un indicateur synthétique sensé mesurer le degré de connaissance que la population adulte possède du réseau socio-sanitaire. Cette mesure se prête bien à une foule de tests d'hypothèse à partir de l'analyse de variance et les résultats figurent au tableau 2 (page 23).

L'indice ainsi calculé fut ramené sur 100 et la moyenne du degré de connaissance du réseau s'établit à 68.7 %. Cette moyenne apparaît donc relativement élevée. D'ailleurs, environ 190 individus (20 %) ont obtenu une note parfaite de 100 %. L'écart-type de 28 indique une faible variation autour de la moyenne. Le coefficient d'asymétrie (skewness) fortement négatif (-0.984) signale une distribution allongée vers la gauche alors que la kurtose de 3.223 se rapproche de la normale de 3 mais montre un léger étirement vertical.

Ce degré de connaissance du réseau varie passablement selon la catégorie de répondant comme le montre le tableau 2 (page 23). L'âge, la scolarité, l'occupation et le statut socio-économique se révèlent comme des facteurs très significatifs.

Ainsi le degré de connaissance du réseau varie sensiblement selon l'âge ($F=33.6$; $p < .0001$). Le réseau semble très bien connu des plus jeunes (moyenne de 76.5 % chez les 20-24 ans et de 74 % chez les 25-44 ans) alors que chez les répondants plus âgés la moyenne baisse passablement (61% chez les 45-64 ans et 47.6 % chez les 65 ans et plus).

Evidemment, cette moyenne fluctue fortement selon le niveau de scolarité atteint ($F=22.7$; $p < .0001$): règle générale, le degré de connaissance du réseau progresse en fonction de la scolarité atteinte. La note moyenne passe de 57.3 % pour les gens n'ayant qu'un cours primaire, à 69.6% pour un cours secondaire, 79.7 % pour un cours universitaire.

L'occupation principale constitue également une variable très discriminante ($F=8.26$; $p < .0000$). En fait, cette variable étant très reliée à l'âge, les principales constatations citées plus haut y sont reproduites. Les gens les plus âgés (occupation: retraite) connaissent moins le réseau (55.6%) alors que les plus jeunes (occupation: études) le connaissent mieux que qui-

conque (81.5 %). De même, les travailleurs (75 %) et les chômeurs (74 %) possèdent un niveau de connaissance du réseau significativement plus élevé.

Le statut socio-économique s'avère aussi avoir une influence significative sur le degré de connaissance du réseau ($F= 5.99$; $p < .001$). Les classes inférieures montrent une moyenne significativement plus basse (classes inférieure et moyenne-inférieure: 66 %; classe moyenne-supérieure= 73 % et supérieure= 77 %). Ce qui confirme les hypothèses de départ.

Finalement, les tests ne révèlent aucune association statistique entre le degré de connaissance du réseau et le sexe ou le district sanitaire du répondant. Même si l'on avait cru a priori que les femmes auraient un meilleur niveau de connaissance.

3. INFORMATION SUR SON C.L.S.C.:

Une préoccupation partagée par les partenaires du réseau était d'évaluer les problèmes d'information de la population adulte sur son C.L.S.C.. L'enquête a ainsi permis de vérifier la prévalence d'une foule de situations problématiques que les intervenants disaient rencontrer souvent dans leur pratique quotidienne.

3.1 Nom du C.L.S.C.:

Un indicateur très simple du niveau de connaissance de la population est le nom de son C.L.S.C.. En effet, si une personne ne connaît pas la raison sociale de son C.L.S.C., on peut assumer sans risque qu'elle ignore également les services qu'offre cet établissement. Les résultats apparaissent au tableau 3 (page 24).

Il ressort clairement de ces données que le nom de son C.L.S.C. est généralement bien connu. En fait, 85 % des répondants ont répondu correctement à cette question, donc 15 % ignorent le nom de leur C.L.S.C.. Après correction mathématique, ce pourcentage d'ignorants passe à 17.6 %.

Cependant, l'enquête révèle des différences importantes entre les C.L.S.C. ($\chi^2= 34.5$; $p < .00001$). Ainsi, les CLSC des Grands-Bols et des Prés-Bleus apparaissent bien connus avec respectivement 10.4% et 8.8 % de résidents qui ignorent leur nom. Le C.L.S.C. des Chûtes semble à peine moins connu avec 14.7 % d'ignorants. Par contre, 26.6 % des résidents du district d'Aima ignorent que leur C.L.S.C. s'appelle Le Norois.

Ces différences s'expliquent sans doute en grande partie par la dimension historique: les deux premiers C.L.S.C. existent depuis beaucoup plus longtemps. La différence entre les districts de Dolbeau et d'Alma, où les C.L.S.C. furent créés en même temps, semble plus difficile à expliquer.

Les tests statistiques n'ont révélé aucune différence entre les deux sexes, cependant les répondants plus jeunes et les plus scolarisés ont plus tendance à connaître le nom de leur C.L.S.C..

Enfin, la mauvaise réponse qui apparaît le plus souvent est "C.L.S.C. 02". Lorsque les gens se trompent sur le nom de leur C.L.S.C., ils n'indiquent donc pas nécessairement le nom d'un C.L.S.C. voisin.

3.2 Accessibilité géographique:

L'accessibilité géographique constitue un autre problème souvent cité par les intervenants comme un obstacle à l'efficacité maximale du C.L.S.C.. De plus, on faisait l'hypothèse que les personnes âgées vivaient un dur problème d'éloignement. Les résultats apparaissent au tableau 4 (page 26).

On peut d'abord observer que, pour l'ensemble des quatre C.L.S.C. (territoire du DSC), 76 % des répondants disent ne rencontrer aucun problème d'accessibilité géographique aux C.L.S.C.. Le problème le plus cruellement ressenti (par 14 % des répondants) est celui de l'éloignement, ensuite viennent les raisons "autre" (7 %) et le fait que le C.L.S.C. est mal situé ou difficile à trouver. Après correction mathématique (parce que l'échantillon était stratifié selon le district), ces chiffres ne sont à peu près pas modifiés.

Cependant, l'accessibilité géographique varie grandement selon le district socio-sanitaire ($\chi^2 = 44.4$; $p < .0001$). Ainsi, les répondants de Chibougamau (89.3 %) et Roberval (82.3 %) ne rencontrent pour ainsi dire pas de problème d'accessibilité géographique. Il en va tout autrement dans les districts de Dolbeau et d'Alma où on ne rencontre que 65.5 % et 72.8 % de répondants qui n'ont aucun problème d'accessibilité. Dans le district de Dolbeau, l'éloignement du C.L.S.C. constitue un problème pour près du quart des répondants (22.9 %) alors qu'à Alma cette proportion est de 15.1%.

De plus, les tests statistiques infirment nos hypothèses de départ d'une relation entre l'accessibilité géographique et l'âge ($\chi^2 = 14.5$; N.S.) ou le sexe ($\chi^2 = 5.73$; N.S.) du répondant. Ainsi, les personnes âgées ne rencontrent pas plus de problèmes que les autres pour se rendre au C.L.S.C..

Enfin, la carte 1 (page 33) démontre bien la distribution géographique du manque d'accessibilité des C.L.S.C. (en fonction de l'éloignement). Cette carte permet d'identifier trois pôles évidents de gens qui trouvent leur C.L.S.C. éloigné.

Un premier au nord-ouest du Lac St-Jean couvre les municipalités de Girardville (63.5 %), St-Thomas (57.1 %), St-Edmond (44.4 %) et Normandin (44 %) où l'on retrouve 48.1% des gens qui trouvent que leur C.L.S.C. est trop éloigné. L'ouverture récente d'un centre de services à Normandin contribuera sans doute à réduire cette proportion.

Un second pôle d'insatisfaction se situe au nord-est du Lac et comprend les localités de St-Augustin (33.3 %), Ste-Monique (33.3 %), Lamarche (100 %) et Labrecque (33.3 %). Milot et St-Henri n'ont pas un échantillon assez grand pour y figurer. Au total, ces trois localités présentent un taux de 46.6 % de gens trouvant le C.L.S.C. trop éloigné. Cependant, l'échantillon y est très faible: seulement 15 individus.

Enfin, un troisième pôle se situe au sud-est du Lac St-Jean et couvre les municipalités de Desbiens (77.8 %), St-André (33.3 %), Ste-Croix (50 %), et Métabetchouan (37.5 %). Dans ce secteur, 50 % des répondants trouvent le C.L.S.C. trop éloigné. On peut ajouter qu'une forte proportion des gens d'Hébertville (27.8 %) partagent la même opinion.

Pour ce qui est de l'accessibilité du C.L.S.C. en général, la carte 2 (page 34) identifie les municipalités où plus de 40 % des répondants rencontrent des problèmes d'accessibilité géographique à leur C.L.S.C.. On y retrouve les mêmes pôles à quelques nuances près: Albanel s'ajoute au pôle nord-ouest, le pôle nord-est perd beaucoup d'importance et les localités d'Hébertville et St-François viennent grossir les rangs du pôle sud-est.

3.3 Points de services permanents:

Une autre dimension de recherche suggérée par les intervenants: la présence d'un local permanent du C.L.S.C. dans la localité du répondant. L'enquête a donc voulu vérifier si ces points de service étaient connus et si les résidents des municipalités sans local permanent croyaient au contraire qu'ils bénéficiaient d'un tel service.

Il convient d'abord de préciser quelles sont les municipalités dotées d'un local permanent du C.L.S.C.. Le C.L.S.C. des Grands-Bois opérait au moment de l'enquête, deux points de services à Chapais et Chibougamau, même

chose pour celui des Prés-Bleus (St-Félicien et Roberval), le C.L.S.C. des Chutes était localisé en un point mitoyen entre Dolbeau et Mistassini et le C.L.S.C. Le Norois opérait à partir de son siège social d'Alma.

Les résultats qui figurent au tableau 5 (page 26) montrent bien que la plupart des répondants dotés d'un point de service dans leur municipalité en sont bien au courant. Seuls les résidents d'Alma apparaissent un peu moins bien informés (13.4 % ne le savent pas):

Par contre, les résidents des municipalités sans point de service semblent croire fermement qu'ils possèdent tout de même un tel local: 41 % le croient dans le district d'Alma, 30 % dans Dolbeau et 53 % dans Roberval. La teneur de ces chiffres porte à croire que plusieurs répondants n'ont pas bien saisi la notion de "local permanent" et ont confondu avec un point de service régulier (ex.: deux jours par mois). De plus, les gens de Chambord, où un point de service permanent fut fermé peu avant l'enquête n'avaient pas l'air au courant de ce fait: plus de 78 % croyaient encore bénéficier d'un tel local.

3.4 Clientèle privilégiée:

Le fait que plusieurs personnes croient les services d'un C.L.S.C. destinés surtout à certaines clientèles spécifiques (personnes âgées, pauvres,...) constitue un autre problème d'information souligné par les intervenants. Le tableau 6 (page 27) présente les résultats concernant ce phénomène.

La grande majorité des gens savent que les services du C.L.S.C. existent pour tous (82 %). Environ, 10 % ne sont pas capables de dire à qui ces services sont destinés. Parmi ceux qui les croient destinés à des clients spécifiques, les personnes âgées constituent la clientèle la plus nommée (3.5 %) suivies des enfants de 5 ans ou moins (2.7 %) et des pauvres (1.7 %). Les personnes handicapées sont nommées de façon marginale (0.5 %).

Cette vision du C.L.S.C. apparaît reliée à l'âge du répondant ($\chi^2 = 21.6$; $p < .0001$). Ainsi, les plus jeunes sont plus au courant que les services du C.L.S.C. sont destinés à tous (88 % chez les 20-24 ans et 85 % chez les 25-44). Par contre, les répondants plus âgés possèdent beaucoup moins cette notion: 76 % chez les 45-64 et surtout 66 % seulement chez les 65 ans et plus. D'ailleurs, les personnes âgées ont beaucoup plus tendance que les autres à penser que ces services leur sont surtout destinés (15.3 %).

Cette vision diffère sensiblement selon le district socio-sanitaire ($\chi^2 = 9.08$; $p < .05$). La situation est très bien comprise à Chibougamau surtout (89 %) et à Roberval (83 %) mais légèrement moins à Dolbeau (79.7 %) et Alma (78.3 %) où plus de gens ne savent pas que les services du C.L.S.C. sont destinés à tout le monde.

Afin de tester en partie la validité interne du questionnaire, nous avons mesuré l'association statistique entre le fait de savoir que les services du C.L.S.C. sont pour tout le monde et le niveau de connaissance du C.L.S.C. tel que perçu par chaque répondant. La coïncidence des deux variables apparaît aussi forte que prévu ($\chi^2 = 85.3$; $p < .0000$). Comme le montre le tableau 6 (page 27), moins grande la connaissance que l'on croit avoir du C.L.S.C. moins l'on sait que ses services sont destinés à tout le monde. Ainsi, le pourcentage de bonnes réponses passe de 92 % et 91 % chez ceux qui disent avoir un niveau de connaissance très bon ou assez bon du C.L.S.C. à 82 % pour ceux dont le niveau est plutôt faible et 54 % chez ceux qui disent avoir un niveau de connaissance presque nul. Cette logique se comprend bien et la forte association mesurée indique une certaine cohérence des réponses.

Les variables "sexe", "scolarité" et "statut économique" ne montrent aucune association statistique significative avec le fait qu'on croit que les services du C.L.S.C. sont destinés surtout à des clientèles spécifiques.

3.5 Place de la prévention:

Avoir une idée de la place de la prévention par rapport au système préventif (soins, hôpitaux,...) dans l'opinion des gens nous apparaissait un souci légitime pour des organismes de prévention. L'enquête tente de mesurer cette dimension par la question: "D'après vous, dans le système de santé, l'aspect prévention (vaccin, bonne alimentation, éducation sanitaire,...) doit-il être considéré ...? 1- Plus important que le curatif (soins médicaux, hôpitaux,...) 2- Aussi important que le curatif 3- Moins important que le curatif Le tableau 7 (page 28) présente les résultats pertinents.

En fait, les réponses de la population adulte en général laissent percevoir un préjugé favorable envers la prévention: près de 40 % des répondants trouvent qu'elle est plus importante, et seulement 3 % moins importante, que le curatif. 58 % trouvent que les deux sont aussi importants. Comme le dit le proverbe: "Mieux vaut prévenir que guérir". Cependant, cette opinion diffère grandement selon divers facteurs.

L'âge influence grandement l'opinion que l'on a de la prévention ($\chi^2 = 34.2$; $p < .0001$). Règle générale, plus on vieillit plus on trouve la prévention importante par rapport au curatif. Ainsi, moins de jeunes croient la prévention plus importante (23 % chez les 20-24 et 37 % chez les 24-44) alors que ce taux atteint 45.5 % chez les 45 et 64 et surtout un sommet chez les personnes âgées (62 % chez les 65 ans et plus). On peut croire que plus les personnes avancent en âge, plus l'expérience (et les problèmes de santé) leur enseigne qu'il eut mieux valu prévenir. Cependant, il est dommage de vérifier encore le paradoxe de la prévention: la prévention est tenue en haute estime par des gens qui en ont moins besoin alors que ceux qui pourraient le plus en bénéficier (les jeunes) lui accordent moins d'importance.

Le sexe semble également influencer de façon significative l'importance accordée à la prévention ($\chi^2 = 6.19$; $p < .05$). Cependant la relation va dans le sens contraire à nos hypothèses de départ: les hommes ont une plus haute opinion de la prévention (44 % de plus important) que les femmes (35% seulement).

L'occupation principale s'avère également significative ($\chi^2 = 29.1$; $p < .001$). Les chômeurs ou sans emploi (29 % de "plus important") et les étudiants (19%) montrent une moins bonne opinion de la prévention alors que les retraités en possèdent une bien meilleure (66 %). Encore une fois, les chiffres nous forcent à admettre que les gens chez qui l'on voudrait le plus voir une attitude de préventionniste sont en fait ceux qui ont la moins bonne opinion de la prévention. L'âge peut expliquer cette relation.

Enfin, l'opinion varie légèrement selon le district socio-sanitaire ($\chi^2 = 13.8$; $p < .05$). Ainsi, les résultats démontrent une opinion sur la prévention inférieure à Chibougamau (29 % trouvent la prévention plus importante que le curatif) alors qu'à Alma l'attitude est plus favorable à la prévention (44.4 % de "plus important"). La population plus jeune de Chibougamau peut expliquer en partie ce phénomène

Cette opinion ne varie pas cependant selon la scolarité ou le statut socio-économique du répondant, ni selon le fait d'avoir de jeunes enfants.

3.6 Intérêt pour l'information des C.L.S.C.:

Comme les C.L.S.C. de la région constituent un partenaire important de l'étude, nous avons interrogé les répondants sur leur intérêt pour divers types d'information provenant des C.L.S.C.. En tout près de 90 % des répondants ont indiqué leur intérêt à recevoir plus d'information sur les C.L.S.C.

En fait, la question posée se lisait comme suit: "Quel est mon degré d'intérêt pour l'information sur ...?" chacun des onze (11) sujets proposés. Le répondant pouvait marquer son appréciation sur une échelle graduée de "très intéressé" à "pas intéressé", avec possibilité d'indiquer "ne sais pas".

Le tableau 8 (page 29) apparaît assez clair par lui-même. Les sujets peuvent se diviser en trois ou quatre catégories distinctes:

D'abord, les domaines d'intervention pour lesquels les répondants se montrent plutôt intéressés à avoir de l'information. En premier lieu, les programmes de prévention scolaire comme en fait foi la note de 2.11 et les services médicaux (2.09); puis, un groupe formé des heures d'ouverture du C.L.S.C. (1.96), des programmes d'immunisation (1.92), de la localisation des bureaux du C.L.S.C. (1.93) et des programmes d'éducation dentaire (1.86).

Puis, une seconde catégorie de sujets qui soulèvent un intérêt moyen: les services de maintien à domicile (1.78), les services sociaux (1.58) et l'action communautaire (1.51).

Enfin, suivent les thèmes pour lesquels la population souhaite peu recevoir d'information: les cours prénatals (1.15) et le service de planification des naissances (1.08).

4. L'UTILISATION DES C.L.S.C.:

Les représentants des C.L.S.C. au comité de recherche désiraient avoir un profil de la pénétration des services des C.L.S.C. dans la population en général. A cette fin, le questionnaire comportait trois questions qui visaient à évaluer si le répondant avait déjà utilisé les services d'un C.L.S.C., si oui quelle en était la fréquence et si non qu'elles étaient les principales raisons.

4.1 Utilisation des C.L.S.C.:

Les résultats figurant au tableau 9 (page 30) fournissent des indications intéressantes quant à nos hypothèses de départ. Les chiffres montrent qu'environ la moitié de la population adulte du territoire a déjà reçu des services d'un C.L.S.C.. Les habitants de la région se répartissent selon les catégories suivantes d'utilisation actuelle: régulièrement, au moins une fois par semaine (1.7 %); parfois, au moins une fois par mois (9 %); rarement, moins d'une fois par mois (38.8 %); jamais (50.2 %). Cette fréquence d'utilisation

des services du C.L.S.C. varie passablement selon les divers types de répondants.

Ainsi, cette fréquence apparaît liée à l'âge de façon significative ($\chi^2 = 19.3$; $p < .05$). Les jeunes de 20 à 24 ans, contrairement à notre hypothèse, sont les plus gros utilisateurs réguliers (à toutes les semaines) du C.L.S.C. (4 %). De plus, les 25-44 ont plus utilisé les C.L.S.C. que toutes les autres catégories (près de 58 %). Les 45-64 ans constituent le groupe qui bénéficie le moins des services offerts (jamais = 57 %). Les personnes âgées sont de moins gros utilisateurs que prévu (moins de 2 % de "régulièrement", 45.5 % de "jamais").

La fréquence d'utilisation du C.L.S.C. selon le sexe apporte les révélations plus éloquentes ($\chi^2 = 18.1$; $p < .0001$), confirmant ainsi nos hypothèses de départ. Les femmes, comme pour la plupart des services socio-sanitaires, utilisent beaucoup plus les services des C.L.S.C.. Les différences sont particulièrement marquées au niveau de la fréquentation régulière (à chaque semaine): 20 femmes, soit 3.4 % et aucun homme. La proportion de "jamais" diffère également beaucoup selon le sexe: 57 % des hommes n'ont jamais utilisé un C.L.S.C. contre 44 % des femmes.

La fréquence d'utilisation du C.L.S.C. varie également selon la scolarité de façon significative ($\chi^2 = 24.7$; $p < .01$). Ainsi, les gens de très faible scolarité (primaire) ont plus tendance à n'avoir jamais utilisé un C.L.S.C. (59.5 % contre 45.4 % pour l'ensemble des autres groupes).

Enfin, le district socio-sanitaire apparaît comme la variable qui influence le plus la fréquence d'utilisation du C.L.S.C. ($\chi^2 = 83.5$; $p < .0000$). Les différences sont énormes: la proportion de gens n'ayant jamais utilisé le C.L.S.C. varie de 19 % (Chibougamau), à 42 % (Roberval), 55.5 % (Alma) et 64 % (Dolbeau). Deux explications apparaissent particulièrement plausibles. D'abord la création récente des C.L.S.C. dans les districts de Dolbeau (64 % de "jamais") et d'Alma (55.5 %) explique sans doute en partie leur faible pénétration par rapport à Chibougamau. Puis, la concentration de la population dans deux villes dotées des services du C.L.S.C. des Grands-Bois pourrait expliquer la différence entre les districts de Chibougamau (19 % de "jamais") et de Roberval (42 %): dans Roberval, le C.L.S.C. fut créé en même temps qu'à Chibougamau mais la population est dispersée dans 13 localités.

D'ailleurs cet élément d'explication (l'influence d'un point de services de C.L.S.C.) fut vérifié par un test statistique qui confirme relativement bien notre hypothèse ($\chi^2 = 21.2$; $p < .0001$). Dans les localités bénéficiant d'un point de services d'un C.L.S.C., seulement 42 % des adultes n'ont jamais utilisé ces

services alors que cette proportion grimpe à 56 % dans les localités sans point de services permanent.

Enfin, les variables "occupation principale" et "statut socio-économique" n'ont aucune influence sur la fréquence d'utilisation du C.L.S.C..

4.2 Raisons de non-utilisation:

Connaître les raisons pour lesquelles certaines personnes n'ont jamais utilisé les services des C.L.S.C. pourra contribuer à orienter les futures campagnes d'information. A cette fin, le questionnaire mentionnait 9 choix de réponse pré-déterminés et laissait la possibilité d'inscrire une autre raison. Le répondant devait classer trois choix par ordre d'importance. Cette question ne s'adressait qu'aux personnes ayant affirmé n'avoir JAMAIS utilisé les services d'un C.L.S.C.. Les données figurent au tableau 10 (page 31).

Les résultats montrent bien que trois raisons principales expliquent que la moitié des adultes n'ont jamais utilisé les services d'un C.L.S.C.. En premier lieu, et par une forte marge, 79 % des répondants ont mentionné n'avoir jamais eu besoin de ces services. C'est une excellente raison qui se situe hors du champ d'action des programmes d'information.

La seconde raison mentionnée fut le fait que certains préfèrent aller ailleurs en cas de besoin (hôpital, médecin, privé,...). En fait, 42 % des répondants ont indiqué cette raison. Là aussi les actions sont limitées: les gens ont adopté les modèles de consommation qui correspondent le mieux à leurs besoins.

Par contre, la troisième raison par ordre de fréquence apparaît beaucoup plus sensible à des actions informatives. En effet, 32 % des gens ont mentionné n'avoir jamais utilisé un C.L.S.C. pour la simple raison qu'ils ne le connaissent pas (services offerts, personnel employé,...). Ce type de cause pourrait être efficacement corrigé par des programmes d'information adéquats.

Suivent ensuite quelques raisons beaucoup moins mentionnées: le C.L.S.C. est trop loin de chez moi (15 %), je ne sais pas où le C.L.S.C. se situe (12 %), autre raison (10 %) et les heures de travail ne correspondent pas à mes besoins (8 %).

Enfin quelques raisons marginales qui apparaissent très peu dans les choix: j'ai peur que mon dossier soit connu par trop de monde (5 %), je n'ai pas

confiance dans la compétence professionnelle du personnel (3 %) et les services coûtent trop cher (1 %). Tous ces arguments sont susceptibles de disparaître face à un bon programme d'information.

Ces diverses raisons de la non-utilisation des services du C.L.S.C. furent également examinées en fonction de divers sous-groupes de répondants. Le tableau 10 (page 31) montre les distributions des raisons selon l'âge, le sexe et le district socio-sanitaire.

Un premier commentaire: l'ordre d'importance des principales causes demeure le même, peu importe la catégorie de répondants. Ainsi, les raisons "Jamais eu de besoin", "Préfère aller ailleurs", "Ne connais pas le C.L.S.C." et "Eloignement" arrivent presque toujours dans cet ordre. Les paragraphes qui suivent soulignent les différences les plus remarquables.

L'âge du répondant n'influence pas de façon marquée les raisons de non-utilisation. Curieusement, le fait de n'avoir jamais eu de besoin est un peu moins répandu chez les 45-64 ans (70 % vs 79 %). Par contre, conformément à notre hypothèse, l'éloignement est plus mentionné par la personne de 65 ans et plus que par les autres (20 % contre 15%).

Le sexe du répondant révèle des différences intéressantes entre les deux catégories. Même si l'ordre d'importance de chaque cause est similaire, la proportion d'hommes mentionnant chaque cause est toujours bien plus importante. Il faut en conclure que les hommes ressentent beaucoup plus de raisons de ne pas fréquenter les C.L.S.C. que les femmes! Ainsi, des différences importantes apparaissent au niveau des raisons "Jamais eu de besoins" (86 % des hommes contre 75 % des femmes), "Ne connais pas le C.L.S.C." (40 % contre 28 %), "Ne sais pas où il se situe" (18 % contre 8 %). Ces deux dernières indiquent que les hommes pourraient être une cible privilégiée pour ce type d'information. En fait, seul "l'éloignement" apparaît plus mentionné par les femmes (8 % des hommes, 18 % des femmes), ce qui s'explique sans doute par le fait que plus d'hommes disposent d'une automobile.

Enfin, au niveau des districts socio-sanitaires, certaines différences apparaissent éloquentes. Ainsi, le district de Chibougamau mentionne beaucoup plus la raison "Ne connais pas le C.L.S.C." (42 % contre 32 %). Ceci peut paraître curieux étant donné que le C.L.S.C. y est bien établi, et depuis longtemps, mais c'est compréhensible si l'on considère le fort taux de roulement de la population. Un kit d'information des nouveaux arrivants pourrait être une solution intéressante. Le même commentaire peut s'appliquer à la raison "Préfère aller ailleurs (hôpital, médecin,...)" (52 % à Chibougamau contre

40 %): si l'on ignore le C.L.S.C., il est évident qu'on va aux ressources les plus connues.

Le district Chibougamau se distingue aussi au niveau de la raison "Heures inappropriées" (21 % contre 6 % ailleurs). Ceci peut peut-être s'expliquer par le fait que, du moins à Chapais, le C.L.S.C. a déjà offert des services 24 heures sur 24 (créant ainsi des attentes); de plus, une bonne partie de la population occupe des emplois qui couvrent trois quarts de travail (dont le soir et la nuit). Le district de Dolbeau quant à lui se singularise par la popularité de la raison "Eloignement" (25 % contre 10 % ailleurs). Ce qui apparaît naturel puisque le site du C.L.S.C. est difficile d'accès (coûteux) lorsque l'on n'a pas d'automobile (construction en milieu rural); voir section 3.2 (page 9). Les autres causes de non-utilisation des C.L.S.C. se distribuent de façon assez uniforme entre les districts.

5. ACCESSIBILITÉ DE L'INFORMATION

Enfin, le dernier thème choisi par les agents d'information des C.L.S.C. concerne la mesure de l'accessibilité à l'information. Pour étudier cette question, l'enquête couvre trois types d'information bien distincts: l'information sur les services des C.L.S.C., l'information sur la santé en général et l'information sociale. Pour chaque type d'information, le répondant devait indiquer son degré de difficulté à la trouver (échelle allant de très facile à très difficile) et identifier la plus grande difficulté qu'il rencontre. Le tableau 11 résume les résultats (page 32).

5.1 Information sur les services des C.L.S.C.:

La question posée se libelle comme suit: Lorsque vous désirez de l'information sur les services du C.L.S.C. (heures d'ouverture, renseignements généraux, description des services,...), est-il difficile de trouver cette information?

Les résultats révèlent que ce type d'information est plutôt accessible: moins du quart des répondants rencontrent des difficultés (tableau II). Pour ceux qui ont des difficultés, la majorité (50 %) ne savent pas où s'adresser alors que d'autres (38 %) trouvent que le C.L.S.C. ne fait pas assez d'information.

Contrairement à nos hypothèses de départ cependant, ces données ne varient ni selon l'âge, la scolarité, le statut socio-économique ou le district socio-sanitaire du répondant.

5.2 Santé en général:

La question se lit comme suit: Est-il difficile de trouver de l'information sur la santé en général (nutrition, médicaments, grossesse...)?

L'information sur la santé en général paraît facile à obtenir: seulement 23 % des gens rencontrent des difficultés. Il est vrai que les différentes sources sont si nombreuses!

La principale difficulté demeure de trouver où s'adresser (52.5 %) suivie du fait que le C.L.S.C. ne fait pas assez d'information (38 %). Il est vrai que ce dernier choix de réponse (beaucoup plus spécifique) vient blâmer, à dessein, l'opinion du répondant en fournissant un exemple très précis par rapport aux autres.

Les tests statistiques ne montrent aucune différence selon l'âge, la scolarité, le statut socio-économique ou le district socio-sanitaire du répondant (contrairement à nos hypothèses).

5.3 Information sociale:

Le libellé de la question s'énonce comme suit: Lorsque vous désirez de l'information sociale (fugue d'enfant, enfants battus, manque d'argent...), est-il difficile de trouver cette information?

Le tableau 11 (page 32) révèle que, conformément à nos hypothèses, cette dimension paraît moins facile. En effet, près de 40 % des répondants disent connaître des difficultés à se procurer ce type d'information.

La difficulté la plus rencontrée, et de loin, est de ne pas savoir où s'adresser en cas de besoin (68 %). Ce chiffre concorde assez bien avec le chapitre 2 et montre que la confusion entre les rôles des C.L.S.C. et du C.S.S. (entre autres) rend plus difficile l'accès à l'information de ce type.

Les tests statistiques infirment, ici également, notre hypothèse d'une différence selon l'âge, la scolarité, le statut socio-économique ou le district sanitaire du répondant.

6. CONCLUSION

Le présent module se termine donc par une brève conclusion qui fait le point sur les principaux phénomènes observés.

Au niveau des connaissances du réseau, il convient de souligner la forte dichotomie existant entre les deux volets, "santé" et "social", des C.L.S.C.. Le premier apparaît très bien connu de la population (83 %) alors que le second semble moins clair (61%). Dans l'ensemble, le C.R.S.S.S. s'avère l'organisme le moins connu du réseau, c'est aussi le seul qui ne fournit pas de services directs. Le degré de connaissance du réseau varie selon l'âge, la scolarité et le statut économique. Les plus âgés connaissent moins bien le réseau (note de 48 % chez les 65 ans et plus), de même que les moins scolarisés et les classes économiques inférieures (en un mot les gens qui en ont le plus besoin!).

En terme de connaissance du C.L.S.C., les répondants se débrouillent assez bien même si certaines lacunes apparaissent. Entre autres, 27 % des répondants du district d'Alma ignorent le nom de leur C.L.S.C.. De plus, l'enquête permet d'identifier trois pôles géographiques où semblent apparaître des difficultés d'accessibilité aux services des C.L.S.C.: les pôles "Nord-Ouest", "Nord-Est" et "Sud-Est" du Lac St-Jean (voir cartes 1 et 2, pages 33-34).

Enfin, les répondants en général ont souligné leur intérêt à recevoir plus d'information sur les services suivants des C.L.S.C. (en particulier): prévention scolaire et services médicaux.

Au niveau de l'utilisation des C.L.S.C., l'enquête révèle des différences énormes entre les districts. Ainsi, 56 % des gens d'Alma et 64 % de ceux de Dolbeau disent n'avoir jamais utilisé leur C.L.S.C.. La création récente de ces C.L.S.C. pourrait expliquer ce fait. En terme de non-utilisation, l'enquête identifie trois raisons principales: l'absence de besoin (79 %), la préférence envers d'autres ressources (42 %), et l'ignorance des services du C.L.S.C. (32%).

Finalement, les résultats ont permis de vérifier que l'information d'ordre social était beaucoup plus difficile à obtenir que celle sur la santé ou les services des C.L.S.C.. Ce qui confirme les soupçons du comité de supervision de la recherche.

ANNEXES - TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 -
CONNAISSANCE DU RESEAU
 (pourcentage de bonnes réponses)

Etablissement*	N	(%)	ou énoncés
CRSSS	399	(46.6)	
CSS	546	(62.6)	
CLSC	433	(49.7)	
CH	773	(86.7)	
1- Recevoir les plaintes des usagers (CRSSS)	501	(57.5)	
2- Placer les enfants en difficulté (CSS)	641	(73.5)	
3- Vacciner les jeunes enfants (CLSC)	725	(82.6)	
4- Faire des opérations chirurgicales (CH)	815	(92.0)	
5- Passer une radiographie (CH)	845	(94.2)	
6- Répartir les budgets du réseau (CRSSS)	596	(71.0)	
7- Aider les groupes communautaires (CLSC)	528	(61.0)	
8- Permettre l'adoption d'un enfant (CSS)	678	(77.8)	

- * Etablissements: proportion des répondants qui ont bien répondu aux deux énoncés portant sur chaque établissement.

Tableau 2 -
DEGRE DE CONNAISSANCE DU RESEAU
(Moyenne ramenée sur 100)

Sous-populations	N	Écart- type	Moy.	Tests statistiques
Population adulte globale	971	28.2	68.7	
1- Age				
-20-24 ans	166	22.9	76.5	F= 33.6 p<.0001
-25-44 ans	493	24.3	74.3	
-45-64 ans	228	29.0	60.6	
-65 ans et plus	67	35.2	47.6	
2- Sexe				
-masculin	282	26.4	68.4	F= 0.21
-féminin	659	28.4	69.3	N.S.
3- Sclolarité				
-primaire	172	30.6	57.3	F= 22.7 p< .0001
-secondaire	506	25.8	69.6	
-collégial	174	22.2	79.7	
-université	84	27.0	75.6	
4- Occupation				
-au foyer	404	26.2	69.4	F= 8.26 p< .0001
-chômage,				
-sans-emploi	159	23.1	74.1	
-étudiant	21	25.8	81.5	
-retraité	58	32.7	55.6	
-travailleur	210	25.6	75.2	
5- Statut Socio-Économique				
-classe-inférieure	449	29.4	65.8	F= 5.99 p< .001
-classe moy. inf.	63	30.1	66.1	
-classe moy. sup.	117	24.4	73.3	
-classe supérieure	97	23.3	77.4	
6- District sanitaire				N.S.

**Tableau 3 -
NOM DU CLSC**

DISTRICT NOM DES CLSC	N %	N %	N %	N %	N %
Le Norois	194 (21.5)	2 (1.3)	6 (2.4)	2 (0.9)	173 (73.3)
Des Grands-Bois	162 (17.9)	138 (89.6)	7 (2.8)	6 (2.6)	5 (2.1)
Des Chutes	221 (24.5)	3 (1.9)	2 (0.8)	198 (85.3)	13 (5.5)
Des Prés-bleus	275 (30.5)	3 (1.9)	229 (91.2)	20 (8.6)	17 (7.2)
CLSC 02	49 (5.4)	8 (5.2)	6 (2.4)	6 (2.6)	27 (11.4)
Réponses correctes	738 (84.7)	138 (89.6)	229 (91.2)	198 (85.3)	173 (73.3)
					$\chi^2=34.5$ $P<.00001$
Réponses erronées	133 (15.3)	16 (10.4)	21 (8.8)	34 (14.7)	62 (26.6)
(donnée ajustée)*	(17.6)				

* Après correction mathématique en raison des poids stratifiés de chaque district: poids de 0.41 à Chibougamau, 1.05 à Roberval, 0.9 à Dolbeau et 1.64 à Alma en mode indirect (respectivement 0.1025, 0.2625, 0.225 et 0.41 en mode direct).

**Tableau 4-
ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE DU CLSC**

Sous- populations	Aucun problème		Trop loin		Infrou- vable		Autre		Tests statist.
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ensemble des réponses	675	(76.2)	120	(13.5)	28	(3.2)	61	(7.0)	
Population du D.S.C.		(75.3)		(14.0)		(3.3)		(6.9)	
1- DISTRICT:									
Chibougamau	133	(89.3)	7	(4.7)	1	(0.7)	8	(5.4)	$\chi^2=44.4$ $p <.0001$
Roberval	200	(82.3)	20	(8.2)	11	(4.5)	12	(4.9)	
Dolbeau	146	(65.5)	51	(22.9)	7	(3.1)	19	(8.5)	
Alma	174	(72.8)	36	(15.1)	8	(3.3)	19	(7.9)	
2- ÂGE:									
20 - 24 ans	118	(73.3)	22	(13.7)	7	(4.1)	13	(8.1)	$\chi^2= 14.5$ N.S.
25 - 44 ans	365	(79.0)	50	(10.8)	15	(3.2)	32	(6.9)	
45 - 64 ans	146	(73.0)	38	(19.0)	6	(3.0)	9	(4.5)	
65 ans et +	37	(71.2)	9	(17.3)	0	(0)	6	(11.5)	
3- SEXE:									
masculin	195	(75.6)	29	(11.2)	13	(5.0)	20	(7.8)	$\chi^2= 5.73$ N.S.
féminin	458	(75.8)	90	(14.9)	15	(2.5)	40	(6.6)	

* après ajustement en fonction du poids de stratification de chaque district.

**Tableau 5-
POINT DE SERVICE PERMANENT**

DISTRICT	OUI		NON		NE SAIS PAS	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1- CHIBOUGAMAU:						
- localités avec local	148	(95.5)	3	(1.9)	4	(2.6)
2- ROBERVAL:						
- localités avec local	153	(92.7)	7	(4.2)	5	(3.0)
- localités sans local	49	(52.7)	37	(39.8)	7	(7.5)
3- DOLBEAU:						
- localités avec local	101	(90.2)	2	(1.8)	9	(8.0)
- localités sans local	38	(30.4)	65	(52.0)	22	(17.6)
4- ALMA:						
- localités avec local	103	(86.6)	2	(1.7)	14	(11.8)
- localités sans local	58	(41.4)	62	(44.3)	20	(14.3)

Tableau 6-
CLIENTÈLES PRIVILÉGIÉES

Sous-populations	Pers. Âgées		Pauvres		Tous		5 ans. et plus		Handicapés		Ne sais pas	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Ensemble des répondants	33	(3.5)	16	(1.7)	772	(81.9)	25	(2.7)	5	(0.5)	92	(9.8)
1- ÂGE:				$\chi^2=21.6$				$p < .0001$				
20 - 24					143	(87.7)					20	(12.3)
25 - 44					414	(84.8)					74	(15.2)
45 - 64					169	(76.1)					53	(23.9)
65 +					39	(66.1)					20	(33.9)
2- SEXE:				1.46						N. S.		
3- SCOLARITÉ:				6.96						N. S.		
4- STATUT SOCIO-ÉCON.:				7.13						N. S.		
5- DISTRICT:												
Chibougamau					140	(89.2)					17	(10.8)
Roberval					216	(83.4)					43	(16.6)
Dolbeau					188	(79.7)					48	(20.3)
Alma					202	(78.3)					56	(21.7)
6- CONNAISSANCE DU CLSC				$\chi^2=85.3$				$p < .0000$				
Très bon					93	(92.1)					8	(7.9)
Assez bon					293	(91.0)					29	(9.0)
Plutôt faible					282	(82.2)					61	(17.8)
Presque nul					59	(54.1)					50	(45.9)

* Pour les tests statistiques, nous avons regroupé toutes les mauvaises réponses dans la catégorie "ne sais pas"

Tableau 7-

PLACE DE LA PRÉVENTION

(Importance par rapport au curatif)

Sous-populations	Plus		Aussi		Moins		Tests statistiques
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ensemble des répondants	350	(38.1)	541	(58.9)	28	(3.0)	
Population *		(39.6)		(57.6)		(2.8)	
1- ÂGE:							
20-24 ans	38	(23.5)	119	(73.5)	5	(3.1)	$\chi^2 = 34.2$ $p < .0001$
25-44 ans	177	(36.6)	292	(60.3)	15	(3.1)	
45-64 ans	96	(45.5)	109	(51.7)	6	(2.8)	
65 ans et +	33	(62.3)	18	(34.0)	2	(3.8)	
2- SEXE:							
masculin	118	(43.9)	145	(53.9)	6	(2.2)	$\chi^2 = 6.19$ $p < .05$
féminin	221	(35.3)	384	(61.3)	21	(3.4)	
3- SCOLARITÉ:							
N. S.							
4- OCCUPATION:							
au foyer	148	(38.1)	229	(59.0)	11	(2.8)	$\chi^2 = 29.1$ $p < .001$
chômage,	45	(28.9)	105	(67.4)	6	(3.7)	
sans empl	4	(19.0)	17	(81.0)	0		
étudiant	31	(66.0)	14	(29.8)	2	(4.3)	
retraité	88	(43.1)	112	(54.9)	4	(2.0)	
travail							
5- STATUT SOC. - ÉCON.:							
N. S.							
6- DISTRICT:							
Chibougamau	43	(28.9)	101	(67.8)	5	(3.4)	$\chi^2 = 13.8$ $p < .05$
Dolbeau	97	(38.5)	151	(59.9)	4	(1.6)	
Roberval	78	(33.6)	145	(62.5)	9	(3.9)	
Alma	112	(44.4)	132	(52.4)	8	(3.2)	

* Après correction mathématique pour la surreprésentation féminine.

Tableau 8-

DOMAINES D'INFORMATION SUR LES CLSC

DOMAINES	INTÉRESSÉ		NON		NE SAIS PAS ¹		PTS ²
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
a) Les services de maintien à domicile ?	483	(54.2)	300	(32.7)	108	(12.1)	1.78
b) Les services médicaux (consultation d'un médecin) du CLSC ?	653	(75.2)	160	(19.5)	45	(5.2)	2.09
c) Les cours prénataux du CLSC ?	313	(36.9)	510	(60.1)	25	(2.9)	1.15
d) Les services de planification des naissances du CLSC ?	300	(35.4)	509	(61.0)	26	(3.1)	1.08
e) Les services sociaux (dépannage financier, logement...) du CLSC ?	439	(51.2)	373	(43.5)	45	(5.3)	1.58
f) Les services d'action communautaire (Ex.: support aux citoyens, formation de comité...) du CLSC ?	387	(46.5)	402	(47.0)	55	(6.4)	1.51
g) Les programmes de prévention scolaire (information sur l'alimentation, la sexualité, la drogue, le tabagisme...) du CLSC ?	655	(76.3)	190	(22.1)	14	(1.6)	2.11
h) Les programmes d'éducation dentaire du CLSC ?	565	(66.0)	273	(31.9)	18	(2.1)	1.86
i) Les heures d'ouverture du CLSC ?	602	(70.6)	222	(26.1)	29	(3.4)	1.96
j) La localisation des bureaux du CLSC ?	591	(69.4)	241	(28.2)	20	(2.3)	1.93
k) Les programmes d'immunisation (vaccination) du CLSC ?	583	(67.9)	258	(30.0)	19	(2.2)	1.92

1- Répondants qui ne connaissent pas le domaine mentionné.

2- Total des points obtenus pour chaque domaine selon la pondération suivante (très intéressé = 3, assez intéressé = 2, peu intéressé = 1, (pas intéressé = 0 et divisé par le nombre de répondants (sauf les "ne sais pas").

**Tableau 9-
UTILISATION DES CLSC**

Sous- population	Régulier		Parfois		Rarement		Jamais		Test statistiques
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ensemble des répondants	20	(2.3)	77	(9.0)	352	(40.9)	411	(47.8)	
Population*		(1.7)		(9.0)		(38.8)		(50.2)	
1- ÂGE:									
20 - 24 ans	6	(3.9)	15	(9.7)	52	(33.5)	82	(52.9)	X ² = 19.3 p < .05
25 - 44 ans	8	(1.8)	42	(9.3)	210	(46.7)	190	(42.2)	
45 - 64 ans	5	(2.5)	14	(7.0)	67	(33.5)	114	(57.0)	
65 ans et +	1	(1.8)	6	(10.9)	23	(41.8)	25	(45.5)	
2- SEXE:									
masculin	0		23	(8.9)	89	(34.4)	147	(56.8)	X ² = 18.1 p < .0001
féminin	20	(3.4)	54	(9.1)	256	(43.2)	262	(44.3)	
3- SCOLARITÉ:									
primaire	2	(1.4)	9	(6.1)	49	(33.1)	88	(59.5)	X ² = 24.7 P < .01
secondaire	15	(3.3)	53	(11.5)	186	(40.4)	206	(44.8)	
collégiale	1	(0.6)	9	(5.6)	78	(48.8)	72	(45.0)	
universitaire	0		4	(5.3)	34	(44.7)	38	(50.0)	
4- DISTRICT:									
Chibougamau	4	(2.7)	21	(14.0)	96	(64.0)	29	(19.3)	X ² = 83.5 p < .0000
Roberval	9	(3.6)	26	(10.5)	108	(43.7)	104	(42.1)	
Dolbeau	3	(1.4)	9	(4.2)	655	(30.4)	137	(64.0)	
Alma	4	(1.8)	20	(8.8)	77	(33.9)	126	(55.5)	
5- OCCUPATION:									
									N.S.
6- STATUT SOC.-ÉCON.:									
									N.S.
7- POINT DE SERVICES									
villes avec	9	(1.7)	52	(10.1)	239	(46.3)	216	(41.9)	X ² = 21.2 p < .0001
villes sans	11	(3.4)	24	(7.3)	108	(33.0)	184	(56.3)	

* Après ajustement mathématique pour la surreprésentation féminine dans l'échantillon.

Tableau 10-

CAUSE DE NON-UTILISATION

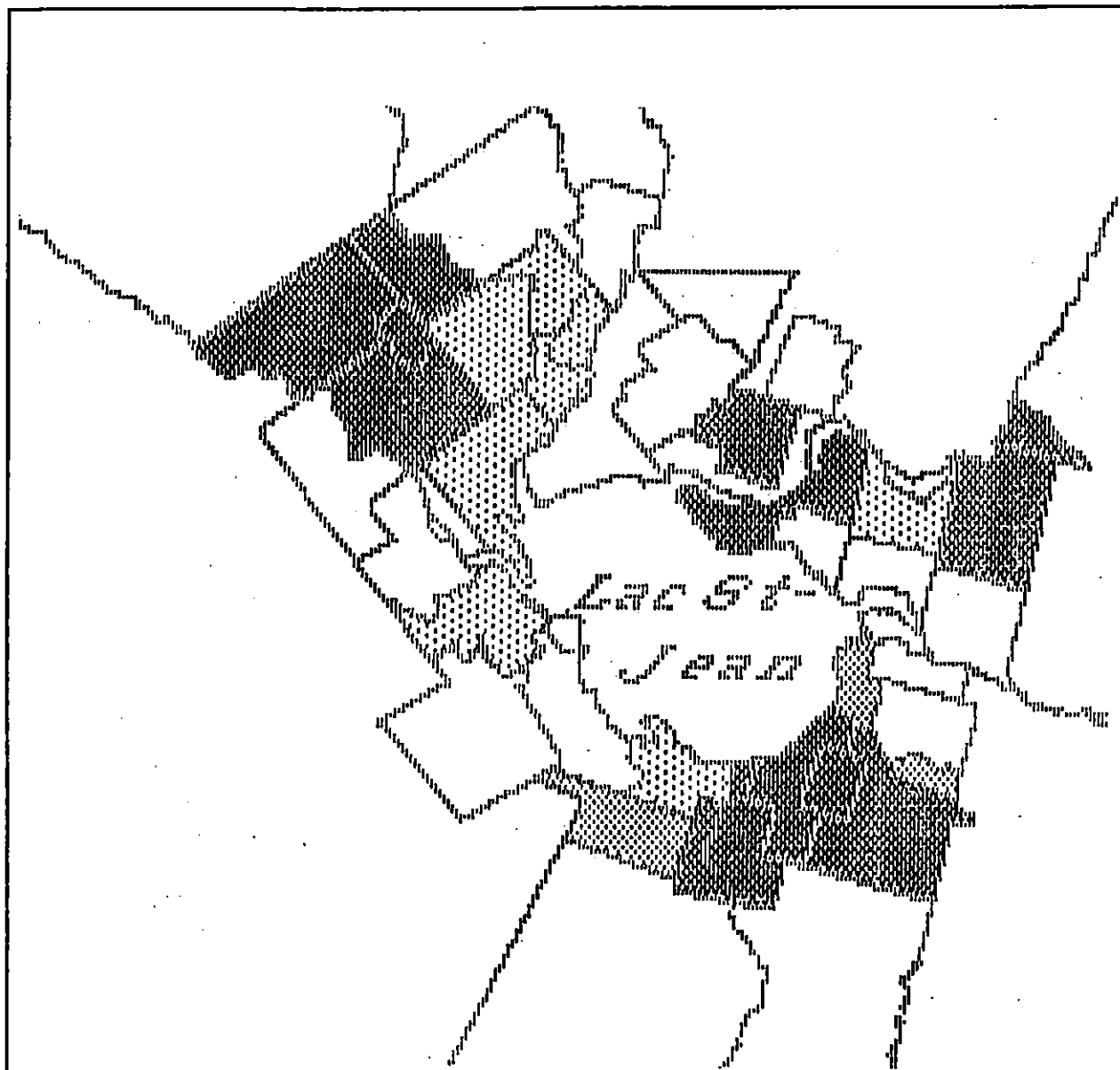
(% de mention chez les répondants n'ayant jamais utilisé un CLSC)

CAUSES	DSC	AGE				SEXE		DISTRICT			
		20-24	25-44	45-64	65 +	M	F	Chlb	Rbvl	Dbl	Alma
Jamais eu de besoin	79.0	84.1	82.1	70.4	76.0	85.7	75.3	79.3	79.8	81.8	75.6
Ne connais pas le CLSC	32.0	32.9	34.2	29.6	28.0	39.5	27.8	41.8	28.8	33.6	31.6
Ne sais pas où il se situe	11.7	14.6	11.6	12.2	4.0	17.7	8.4	10.3	8.7	9.5	16.5
Heures inappropriées	7.8	11.0	7.9	7.0	0.0	10.2	6.5	20.7	11.5	1.5	7.9
Éloignement	14.6	14.6	13.2	16.5	20.0	8.2	18.3	6.9	4.8	24.8	15.0
Préfère ailleurs (hôpital, docteur)	41.5	41.5	43.7	36.5	48.0	40.1	42.2	51.7	36.5	42.3	45.7
Services trop dispendieux	1.2	1.2	0.0	2.6	4.0	2.0	0.8	0.0	1.9	0.7	1.6
Incompétence du personnel	2.7	0.0	2.1	4.3	8.0	2.0	3.0	0.0	2.9	2.9	2.4
Peur à ma confidentialité	4.9	4.9	4.7	5.2	4.0	4.1	5.3	6.9	6.7	3.6	3.1
Autre raison	9.8	9.8	8.9	9.6	12.0	6.8	11.4	10.3	15.4	8.8	6.3

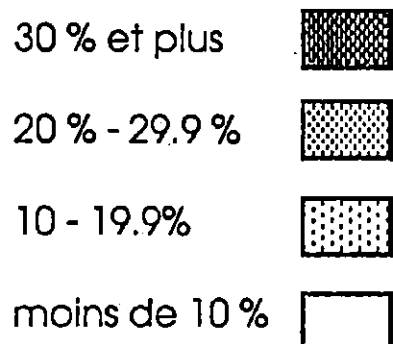
**Tableau 11-
ACCESSIBILITÉ DE L'INFORMATION**

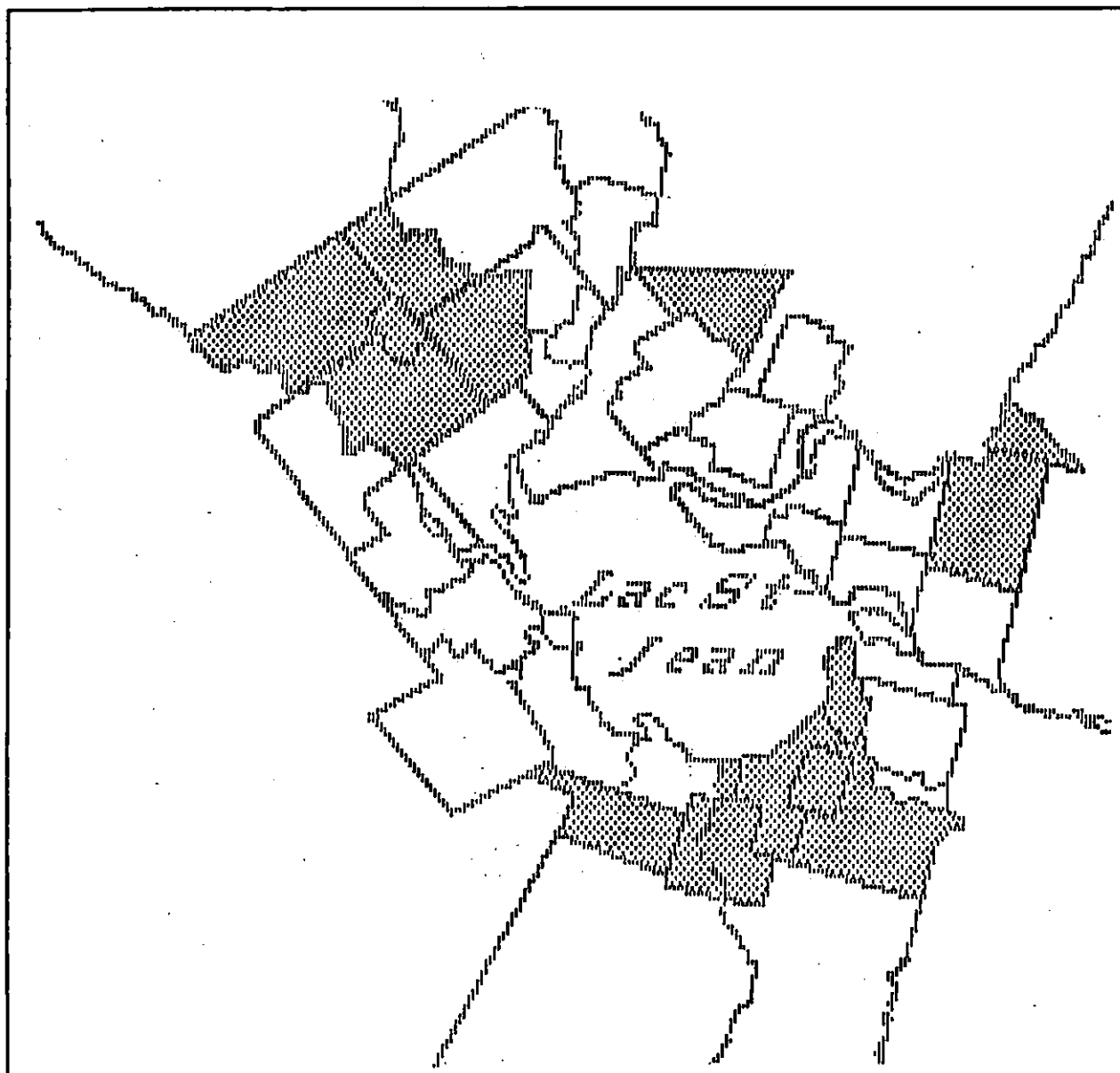
TYPE D'INFORMATION	N	%
1- SERVICES DES CLSC:		
très facile	311	36.0
plutôt facile	340	39.0
assez difficile	176	20.4
très difficile	36	4.2
2- DIFFICULTÉ PRINCIPALE:		
sais pas où m'adresser	147	50.0
manque d'info. (CLSC)	111	37.8
autre	36	12.2
1- SANTÉ EN GÉNÉRAL:		
très facile	250	29.8
plutôt facile	400	47.7
assez difficile	165	19.7
très difficile	24	2.9
2- DIFFICULTÉ PRINCIPALE:		
sais pas où m'adresser	138	52.5
manque d'info. (CLSC)	100	38.0
autre	25	9.5
1- INFORMATION SOCIALE:		
très facile	151	19.0
plutôt facile	327	41.2
assez difficile	256	32.2
très difficile	60	7.6
2- DIFFICULTÉ PRINCIPALE:		
sais pas où m'adresser	254	67.7
manque d'info. (CLSC)	89	23.7
autre	32	8.5

RC / gt
1986.01.15



Pour-cent qui trouvent leur CLSC trop loin





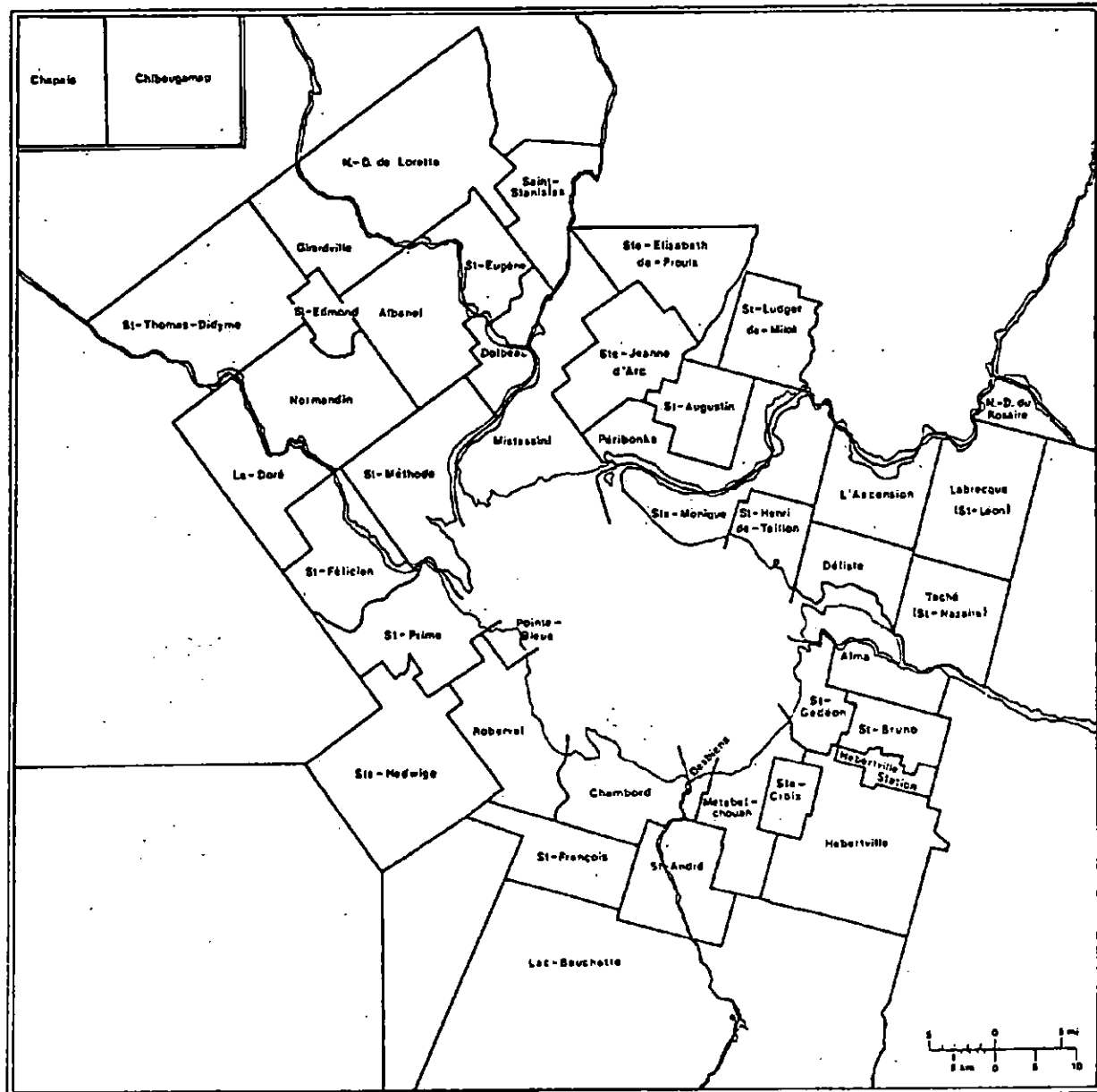
Pour-cent des gens qui ont un problème d'accessibilité

40 % et plus 

CARTE DE RÉFÉRENCE (municipalités)

Carte no 3

D.S.C. DE ROBERVAL



[illegible]

LES BESOINS DE LA POPULATION ADULTE EN INFORMATION SOCIO-SANITAIRE

Module no 5

Les connaissances

Par Régis Couture

Conseiller en recherche

Juillet 1985

TABLE DES MATIERES

Préface	p.4
Introduction	p.5
1.1 éléments de connaissances	p.6
1.2 Indice de connaissances en premiers soins	p.8
2 Connaissances sur les méthodes contraceptives.....	p.9.
2.1 Profil des méthodes contraceptives	p.10
2.2 Sources d'information	p.10
2.3 Indice de connaissances en contraception	p.11
3 Connaissances en nutrition	p.13
3.1 Eléments de connaissances	p.13
3.2 Indice de connaissances en nutrition	p.15
4 Connaissances en santé infantile	p.17
4.1 Eléments de connaissances	p.17
4.2 Indice de connaissances en santé infantile	p.18
5 Connaissances sur les maladies vénériennes	p.20
5.1 Eléments de connaissances	p.20
5.2 Indice de connaissances sur les maladies vénériennes	p.21
6 Connaissances diverses	p.23
7 Niveau de connaissances générales	p.26
8 Données non-étudiées ailleurs	p.28
8.1 Les tests féminins	p.28
8.1.1 Test de Papanicolaou	p.29
8.1.2 L'examen des seins par un professionnel	p.30
8.1.3 Fréquence de l'auto-examen des seins	p.31
8.2 La fluoration de l'eau	p.32
8.2.1 Fluoration de l'eau de sa municipalité	p.33
8.2.2 La fluoration de l'eau réduit de moitié les risques de carie dentaire	p.33
8.2.3 Utilisation de pâte-à-dents fluorée	p.34
8.2.4 Opinion sur la fluoration	p.34
8.3 Comparaison entre les indices sectoriels.....	p.36
9 Conclusion.....	p.37
9.1 Liste des situations problématiques.....	p.37
9.2 Conclusions générales.....	p.39
Bibliographie.....	p.62

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	- ELEMENTS DE CONNAISSANCES EN PREMIERS SOINS	p.42
Tableau 2	- CONNAISSANCES EN PREMIERS SOINS	p.43
Tableau 3	- PROFIL DES METHODES CONTRACEPTIVES	p.44
Tableau 4	- SOURCE D'INFORMATION SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES	p.45
Tableau 5	- CONNAISSANCES EN CONTRACEPTION	p.46
Tableau 6	- ELEMENTS DE CONNAISSANCES EN NUTRITION	p.47
Tableau 7	- CONNAISSANCES EN NUTRITION	p.48
Tableau 8	- ELEMENTS DE CONNAISSANCES DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT	p.49
Tableau 9	- CONNAISSANCES EN SANTE INFANTILE	p.50
Tableau 10	- ELEMENTS DE CONNAISSANCES SUR LES M.T.S.	p.51
Tableau 11	- CONNAISSANCES SUR LES M.T.S.	p.52
Tableau 12	- ELEMENTS DE CONNAISSANCES DIVERS	p.53
Tableau 13	- CONNAISSANCES GENERALES	p.54
Tableau 14	- DERNIER TEST DE PAPANICOLAOU	p.55
Tableau 15	- EXAMEN DES SEINS PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTE	p.56
Tableau 16	- FREQUENCE DE L'AUTO-EXAMEN DES SEINS	p.57
Tableau 17	- CONNAISSANCES DU STATUT DE FLUORATION DE SA MUNICIPALITE	p.58
Tableau 18	- UTILISATION DE PATE-A-DENTS FLUOREE	p.59
Tableau 19	- OPINIONS SUR LA FLUORATION	p.60
Tableau 20	- COMPARAISON ENTRE LES INDICES.....	p.61

PRÉFACE

L'enquête sur les besoins en information socio-sanitaire de la population adulte de la région Lac St-Jean-Chibougamau (02-B) s'est traduite par un volumineux rapport (plus de 300 pages). Afin de faciliter la tâche du lecteur, l'auteur a réparti ce document en six (6) modules indépendants traitant chacun une composante de la recherche. Ainsi, le lecteur intéressé à un aspect spécifique des besoins en information pourra consulter le module de son choix, dans un premier temps.

Cependant, l'auteur exhorte tout lecteur sérieux, qui désire appréhender le domaine de l'étude au complet, à découvrir l'ensemble des modules.

Le module #1, plus technique, décrit en détail les méthodes de recherche utilisées pour l'enquête et constitue en fait le protocole de recherche.

Le module #2 analyse les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon étudié et certaines habitudes de vie. On y retrouve les données relatives à l'âge, au sexe, au statut socio-économique, au tabagisme et à l'exercice physique, entre autres des répondants.

Le module #3 trace un profil détaillé des thèmes relatifs au domaine socio-sanitaire et établit leur classement sur une échelle ordinale décroissante (du premier au dernier).

Le module #4 valide les problèmes d'information socio-sanitaire tels que décrits lors de l'étape de consultation des intervenants du milieu et tente d'évaluer leur prévalence dans la population.

Le module #5 évalue les connaissances de base que tout le monde devrait posséder (toujours selon les intervenants socio-sanitaires) dans des domaines tels que les premiers soins, le développement de l'enfant, la contraception,....

Le module #6 sera particulièrement utile aux fins de programmation. Il analyse en détail les divers moyens d'information régionaux traditionnels (journal, radio,...) et certaines ressources alternatives (bulletins, kiosques, assemblées, ...) en mettant l'accent sur la segmentation des marchés. Il permettra d'identifier les médias appropriés aux diverses clientèles-cibles et aux divers besoins.

INTRODUCTION

La consultation des intervenants du domaine socio-sanitaire a permis de scinder en deux concepts la problématique de l'information-éducation: les problèmes d'information et le manque de connaissances (1). Par problèmes d'information, les intervenants entendaient surtout les croyances, les préjugés et les manques d'information de la population envers le réseau (thème traité au module #4). Le manque de connaissances réfère plutôt à des connaissances de base que tous devraient posséder dans certains domaines socio-sanitaires mais qui, selon les intervenants, font le plus défaut.

Le présent rapport tente donc d'évaluer le niveau de connaissances de la population adulte dans certains domaines et d'en analyser les variations.

Le premier chapitre porte sur les connaissances en premiers soins dans le cas d'accidents banals survenus à domicile.

Le second volet traite du niveau de connaissances sur les méthodes de planification des naissances.

Le troisième chapitre analyse les connaissances de la population adulte en matière de nutrition alors que le quatrième aborde la question du développement de l'enfant.

Le cinquième chapitre évalue les connaissances de la population en matière de maladies vénériennes alors que le sixième discute divers types de connaissances (santé dentaire, vaccination, cancer, etc...) difficiles à regrouper sous un seul thème.

Le septième chapitre est consacré entièrement à notre indice de connaissances générales. Cet indice composite est calculé à partir d'un algorithme mathématique basé sur les six échelles de connaissances sectorielles précédentes.

Le huitième chapitre porte sur diverses données extérieures aux tests de connaissances: les examens féminins et les opinions sur la fluorisation. Enfin, nous tenterons de tirer certaines conclusions des données rapportées dans les pages qui suivent.

Il convient d'ajouter ici que la revue de la littérature ne fut pas d'une réelle utilité pour la mesure des connaissances socio-sanitaires des adultes. Le

contact de l'ensemble des D.S.C. de la Province n'a permis de retracer aucune étude antérieure portant sur les connaissances des adultes.

La consultation des documents disponibles en bibliothèque n'a pas fourni de références bibliographiques plus intéressantes. Les seules enquêtes apparentées portent sur un aspect trop limité, la connaissance du réseau des affaires sociales (2), ou un domaine, (la nutrition, les M.T.S.) et une population (les adolescents) inappropriés (3,4,5). Ainsi, les données recueillies lors de l'enquête manqueront de points de comparaison valables.

Par contre, il sera tout de même loisible d'évaluer certaines hypothèses sur les rapports entre les niveaux de connaissances et diverses variables socio-démographiques. Ainsi, chaque échelle de connaissances sera croisée avec les variables conformes aux hypothèses de recherche (1).

1. CONNAISSANCES EN PREMIERS SOINS

Le premier domaine de connaissances étudié est décrit par une rubrique intitulée "premiers soins". Il s'agit d'un indice formé à partir de trois questions portant sur des dangers pouvant survenir à la maison: brûlure mineure, empoisonnement par produit d'entretien et asphyxie par nourriture.

Dans un premier temps, chacune des questions sera analysée; par la suite, l'indice de connaissances en premiers soins sera étudié.

1.1 Eléments de connaissances:

La première question portait sur ce qu'il faut faire en cas de brûlure mineure. La bonne réponse était "mettre de l'eau froide" et les autres choix "appliquer un corps gras", "se rendre à l'hôpital" et "appeler à l'urgence".

Les résultats figurant au tableau 1 (page 42) montrent que plus de la moitié des adultes (53 %) connaissent la bonne réponse. Par contre, le mythe du corps gras apparaît très présent (36.2 %), alors que le téléphone à l'urgence (7.2 %) ou se rendre à l'hôpital (3.5 %) sont marginaux.

Ces résultats varient significativement selon l'âge ($X^2 = 31.2$; $p < .000$) et le sexe ($X^2 = 12.8$; $p < .01$). Ainsi, si les plus jeunes adultes savent relativement bien qu'il faut appliquer de l'eau froide sur une brûlure (61 % des 20-24 ans; 59 % des 25-44), les plus âgés sont beaucoup moins au courant. Seulement 43.6 % des 45-64 ans et 48 % des 65 ans et plus ont la bonne réponse. Chez

tous ces groupes, plus du tiers des répondants croient qu'il faut appliquer un corps gras. Ces différences dépendent de deux modes divergents d'acquisition des connaissances: empirique et familial chez nos aînés; théorique et académique chez les jeunes.

De même, les réponses varient beaucoup selon le sexe: plus de femmes connaissent la bonne réponse (59 % contre 47 %) alors que beaucoup d'hommes croient qu'il faut appliquer un corps gras (42 %). Le statut socio-économique n'a pas d'influence ni le district socio-sanitaire. Les gens plus instruits (collège ou université) avaient mieux répondu que la moyenne (62.6%) mais les différences ne sont pas importantes chez les autres.

La deuxième question interrogeait les gens sur ce qu'il faut faire en cas d'empoisonnement par produit d'entretien (Drano). La bonne réponse est "faire prendre beaucoup d'eau" alors que "faire vomir", "se rendre à l'hôpital" et "téléphoner à l'urgence" constituent les alternatives. D'après le tableau 1 (page 42), il apparaît évident que la grande majorité ignore la bonne réponse (seulement 12.6 %). La plupart des répondants feraient vomir la victime (35 %) ou téléphoneraient à l'urgence (34 %). Se rendre à l'hôpital paraît même une alternative plus prisee (18 %) que la bonne réponse (faire prendre de l'eau: 12.6 %), et ce dans une situation de crise!

Ces données varient peu sauf pour la scolarité ($X^2 = 17.5$; $p < .05$). Les gens ayant un cours collégial sont un peu moins ignorants (17.5 % de bonne réponse) alors que ceux avec un cours secondaire (10 %) ou universitaire (12 %) sont moins "savants" que la moyenne.

Enfin la dernière question de connaissance en premiers soins porte plus sur une perception que sur une véritable connaissance mesurable: En cas d'asphyxie (étouffement) par nourriture pensez-vous savoir que faire?

La plupart des répondants (54 %) affirment penser quoi faire: il est difficile de savoir s'ils possèdent effectivement la technique de Heimlich! Disons que cette question peut surtout servir d'indicateur de confiance (de sûreté de soi) en cas d'accident domestique. Les réponses varient passablement selon l'âge ($X^2 = 18.0$; $p < .000$), le statut socio-économique ($X^2 = 17.4$; $p < .001$) et la scolarité ($X^2 = 21.6$; $p < .000$).

En effet, les plus jeunes répondants apparaissent plus en mesure de se débrouiller en cas d'asphyxie par nourriture (57 % chez les moins de 45 ans, 31 % chez les 65 ans et plus) ou plus sûrs d'eux-mêmes; de même que les gens plus instruits (64 %) et ceux de la classe supérieure (69 %).

1.2 Indice de connaissances en premiers soins:

A partir des trois questions précédentes, un indice composite des connaissances en premiers soins fut élaboré. Cet indicateur doit, dans notre esprit, mesurer la capacité (en terme de savoir) d'une personne à intervenir de façon correcte lors d'une situation d'urgence légère.

Cet indice est formé du total de bonnes réponses aux trois questions précédentes et peut donc varier de 0 à 3 points. La moyenne de l'indice est de 1.157 (donc une note moyenne de 38.6 pourcent) avec un écart-type de 0.852. Les données de l'échantillon suivent une distribution quasi-normale (skewness = 0.226; kurtosis = 2.301).

Les connaissances en premiers soins apparaissent donc très faibles de façon globale. D'ailleurs, plus de 240 personnes (25 %) n'ont aucune bonne réponse; moins de 50 ont trois réponses correctes (5 %). Comme le montrent les analyses de variance figurant au tableau 2 (page 43), les indices fluctuent de façon significative selon diverses classes de répondants. Ainsi, l'âge, la scolarité, l'occupation, le statut social et le district discriminent le niveau de connaissances en premiers soins.

L'âge s'avère un facteur particulièrement significatif ($F = 10.71$; $p < .000$). Plus les répondants sont jeunes, meilleures sont les connaissances en premiers soins: la moyenne passe de 1.32 (note de 44 %) chez les 20-24 ans, à 1.25 (note de 41.6 %) chez les 25-44, à 0.98 (note de 32.6 %) chez les 45-64 et 0.84 (note de 27.9 %) chez les 65 ans et plus. Cette relation confirme nos hypothèses de départ. On peut s'estimer chanceux que les personnes âgées n'aient plus de jeunes enfants à la maison!

La scolarité atteinte constitue un second facteur discriminant ($F = 12.21$; $p < .000$). Cependant, ce sont les gens qui possèdent un cours collégial qui expliquent toute la différence. En effet, ils montrent une moyenne très supérieure (1.50, note de 50 %) par rapport aux autres groupes: cours primaire = 1.00 (note de 33.3 %), cours secondaire = 1.12 (note de 37.2 %), et cours universitaire = 1.20 (note de 40.1%). Cette association statistique confirme en partie notre hypothèse de départ même si les universitaires ont une note moins élevée que prévu.

Le niveau de connaissances en premiers soins apparaît également relié à l'occupation principale ($F = 6.44$; $p < .000$). Les étudiants ont une note très supérieure à l'ensemble des répondants (1.762, note de 58.7 %), ce qui s'explique par les efforts considérables d'éducation sanitaire consacrés en milieu scolaire ces dernières années. Cette donnée concorde bien avec la

note élevée des gens qui ont un cours collégial. De même, la faible moyenne des retraités (0.78, note de 26 %) correspond à celle des personnes âgées. La note inférieure des gens qui ont renoncé à se chercher un emploi (0.84, note de 28 %) pourrait quant à elle être expliquée en partie par une très faible scolarité et par une dégradation générale de leur situation. Les autres types d'occupation sont dans la moyenne.

Le statut socio-économique se révèle pareillement significatif pour le niveau de connaissances en premiers soins ($F = 4.39$; $p < .01$). Plus l'on s'élève dans l'échelle sociale, plus la note s'accroît; ici aussi, l'hypothèse de départ s'en trouve confirmée. La moyenne passe de 1.07 (note de 35.9 %) chez la classe inférieure, à 1.29 et 1.21 (note de 42.9 et 40.1 %) dans la classe moyenne pour atteindre un sommet de 1.40 (note de 46.5 %) chez la classe supérieure. Toute la variance est expliquée par la différence entre les classes inférieure et supérieure.

L'analyse de variance de l'indice de connaissances en premiers soins selon le district socio-sanitaire soulève un résultat imprévu, contraire même à nos hypothèses de base. Le district de Chibougamau montre un indice supérieur à la moyenne (1.31, note de 43.5 %) alors que celui de Roberval est inférieur (1.07, note de 35.6 %). La structure socio-économique particulière du district de Chibougamau (emplois dans des secteurs dangereux, population plus jeune) pourrait expliquer en partie cette relation.

Enfin, les analyses de variance infirment les hypothèses d'une relation du niveau de connaissances en premiers soins avec le sexe ($F = 1.43$; N.S.) ou la fréquence d'utilisation du C.L.S.C. ($F = 1.97$; N.S.).

2. CONNAISSANCES SUR LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Un second domaine de connaissances privilégié par les intervenants est celui des méthodes contraceptives. Le questionnaire dresse une liste exhaustive des méthodes utilisables (12) et le répondant indique s'il est suffisamment informé sur les avantages, inconvénients et degré d'efficacité relative de chacune.

Nous dresserons d'abord un profil des méthodes, puis nous traiterons des sources d'information pour enfin analyser l'indice de connaissance.

2.1 Profil des méthodes contraceptives:

Le tableau 3 (page 44) indique clairement les méthodes les moins connues de la population adulte (première colonne: ensemble du D.S.C.).

Ces méthodes peuvent se regrouper en quatre classes selon que les gens se sentent informés. Une méthode à peu près inconnue, l'examen de la glaire (méthode de Billings), où seulement 18 % des répondants se sentent bien informés. Cinq méthodes que moins de la moitié des répondants pensent maîtriser: la pilule du lendemain (32.8 %), la méthode ogino (35.3 %), le diaphragme (38.0 %), les mousses spermicides (43 %) et les ovules (46 %). Quatre méthodes semblent assez bien connues des répondants: la méthode sympto-thermique ou thermomètre (51.9 %), le coït interrompu ou retrait préventif (58 %), la vasectomie (61.4 %) et le stérilet (65.6 %). Enfin, deux méthodes très connues: le condom ou capote-safe-préservatif (81.1%) et la pilule anticonceptionnelle (83.8%). Le questionnaire ne mentionnait pas l'abstinence qui est présumée connue de presque tous!

Les tests statistiques ont permis de vérifier certaines hypothèses de départ. Ainsi, pour la plupart des méthodes, le degré d'information diminue avec l'âge. De même, il existe une relation significative entre le niveau d'information sur certaines méthodes et le sexe du répondant: la pilule, la vasectomie et les méthodes ogino et sympto-thermique semblent mieux connues des femmes. Les différences sont moins fortes que prévues. Enfin, le degré de connaissance déclaré augmente régulièrement en fonction du statut socio-économique et de la scolarité (et diffère également selon le statut civil).

De plus, ce profil peut être plutôt considéré comme un indicateur valable du degré relatif d'utilisation (popularité) de chacune des méthodes dans la population adulte.

2.2 Sources d'information:

Le tableau 4 (page 45) fournit un aperçu des principales sources d'information sur les méthodes contraceptives.

Le médecin apparaît comme la plus répandue des sources d'information principale: il est mentionné par 42.5 % des répondants. L'information écrite de provenance gouvernementale ou communautaire suit de près avec 33.2 % des mentions. Ces deux sources combinent donc apparemment plus des trois quarts (75.7 %) des besoins d'information contraceptive et paraissent généralement fiables.

En effet, les autres sources apparaissent bien marginales. Le bouche-à-oreilles (amis-parenté) entre autres représente une source d'information moins populaire que prévu (12.4 %). Enfin, les répondants ne mentionnent à peu près pas d'autres sources telles l'infirmière (2.2 %) ou le sexologue (1.5%). Le reste des répondants (8.2 %) mentionnent d'autres sources diverses.

Les tests statistiques ont permis de découvrir certaines différences. La popularité des diverses sources d'information varie selon l'âge, le sexe et le statut socio-économique des répondants.

L'association avec l'âge apparaît fortement significative ($\chi^2 = 52.7$; $p < .0001$). Ainsi, le bouche-à-oreilles, une source peu fiable, est beaucoup plus populaire chez les jeunes de 20-24 ans (24.2 %) alors que l'information écrite (26.8 %) et le médecin le sont bien moins (31.2 %). De plus, l'information écrite intéresse évidemment moins les personnes âgées (25.0 %). De même, chez ces dernières, la source "autre" apparaît beaucoup plus souvent (18.8%): on y retrouve possiblement l'influence du curé de la paroisse.

Le sexe apparaît également discriminant ($\chi^2 = 23.4$; $p < .0001$). Les principales différences se situent au niveau du médecin (hommes = 33.5 %; femmes = 46.1 %) et du sexologue (hommes = 3.9 %; femmes = 0.5 %).

La source d'information varie également en fonction du statut socio-économique ($\chi^2 = 54.7$ %; $p < .001$). Le bouche-à-oreilles touche de façon importante les gens de classe inférieure (16.4 %) et peu ceux de la classe supérieure (7.7 %). L'information écrite concerne évidemment plus les gens de classe supérieure (48.4 %) ou moyenne (39 %) que ceux de la classe inférieure (30 %). De façon bizarre, le médecin s'avère la source principale des gens de classe inférieure (43 %) ou moyenne-supérieure (43 %) alors que, pour les classes moyenne-inférieure (29 %) et supérieure (22 %), il apparaît secondaire.

2.3 Indice de connaissances en contraception:

A partir des douze méthodes contraceptives, nous avons construit un indice composite qui mesure le degré de connaissances en contraception. Cet indice évalue plus précisément le niveau d'information d'un individu à partir de ses perceptions personnelles: se sent-il suffisamment informé?

Cet indice est formé du total des points (un point étant accordé pour chaque méthode où l'individu se sent bien informé) et peut donc varier de un

à douze. En fait, l'indice moyen est de 5.33 (donc une note moyenne de 44.4 sur cent) avec un écart-type de 3.9. L'échantillon suit une distribution assez normale, avec une répartition symétrique de chaque côté de la moyenne (skewness = 0.143) mais de forme légèrement aplatie (kurtosis = 1.84).

De plus, les analyses de variance (tableau 5, page 46) confirment nos hypothèses voulant que le niveau de connaissance varie de façon significative selon l'âge, le sexe, la scolarité, l'occupation, le statut socio-économique et la source principale d'information. Les tests appropriés n'ont révélé aucune différence selon le district sanitaire ou la fréquence d'utilisation du C.L.S.C. par contre.

En effet, le degré de connaissance varie sensiblement selon les diverses catégories d'âge ($F = 32.5$; $p < .001$). Les gens situés dans la période reproductive principale (25 à 44 ans) semblent évidemment beaucoup mieux renseignés (moyenne de 6.39, note de 53.2 sur cent). Tous les autres groupes se situent sous la moyenne générale de 5.33 (note de 44.4 sur cent): les jeunes de 20-24 (moyenne de 5.14, note de 42.8), les 45 à 64 ans (4.16, note de 34.7) et surtout les personnes âgées (2.69, note de 22.4 sur cent). Ce qui apparaît bien naturel.

Le sexe du répondant joue également un rôle mesurable: les différences sont significatives bien que légères ($F = 4.04$; $p < .05$). Les femmes semblent posséder un meilleur indice de connaissances en contraception (5.53, note de 46.1 %) que les hommes (4.98, note de 41.5 %).

La scolarité atteinte montre une influence remarquable sur le degré de connaissances en contraception ($F = 25.1$; $p < .001$). La relation directement proportionnelle semble bien logique: le degré de connaissance croît à mesure que la scolarité augmente. L'indice moyen passe ainsi de 3.82 (note de 31.8 %) chez les gens n'ayant qu'un cours primaire, à 5.25 (note de 43.8 %) pour un cours secondaire, à 6.4 (note de 53.3 %) pour un cours collégial et à 7.67 (note de 63.9 %) chez les universitaires.

L'occupation principale, une variable reliée de façon étroite à l'âge, au sexe et à la scolarité, influence également le niveau de connaissances en contraception ($F = 11.9$; $p < .001$). Les étudiants (7.29) et les travailleurs (6.66) montrent des connaissances bien supérieures alors que les sans emploi (3.66) et les retraités (3.12) se situent bien en bas de la moyenne.

L'indice de connaissances-contraception augmente aussi en fonction du statut socio-économique ($F = 19.2$; $p < .0001$), de façon similaire au cas

de la scolarité. En effet, si l'indice sombre à 4.79 (note de 39.9 %) pour la classe inférieure, la moyenne fluctue autour de 6.00 (50 %) chez la classe moyenne et grimpe à un niveau record de 7.93 (note de 66.1 %) chez les répondants de la classe supérieure. Ce qui va dans le sens de la théorie des différences de classe.

Enfin, constatation intéressante mais inédite celle-là: le niveau de connaissance fluctue selon la source principale d'information ($F= 15.5$; $p < .0001$). Ainsi, les gens qui s'informent eux-mêmes en lisant (indice de 6.98, note de 58.2 %) et ceux dont l'infirmière est la source principale (indice de 6.84, note de 57 %) montrent des connaissances relativement plus élevées que la moyenne. Ceux dont la source principale est "autre" (6.09, note de 50.8 %), un sexologue (5.53, note de 46.1 %) ou un médecin (5.40, note de 45.0 %) se situent juste au-dessus de la moyenne. Enfin, les répondants dont le "bouche-à-oreilles" constitue la principale source d'information possèdent un indice de connaissances bien inférieur (3.64, note de 30.3 %), confirmant l'une de nos hypothèses de départ. Le fait que le bouche-à-oreilles soit plus populaire chez les jeunes pourrait indiquer certains problèmes d'information potentiels.

Enfin, les analyses de variance n'ont pu confirmer notre hypothèse voulant que le degré de connaissances en contraception augmente en fonction de la fréquentation du C.L.S.C.. De même, il ne semble y avoir aucune relation significative de l'indice de connaissance avec le district socio-santaire.

3. CONNAISSANCES EN NUTRITION

La nutrition constitue un troisième domaine abordé. Il est difficile de mesurer un aussi vaste champ de connaissance sans alourdir indument un questionnaire postal déjà très chargé. Aussi nous sommes-nous contentés d'évaluer deux éléments de connaissance très élémentaires: le nombre de groupes d'aliments et la composition d'un repas équilibré.

Dans un premier temps, nous analyserons la réponse aux deux questions pour ensuite étudier l'indice de connaissances en nutrition.

3.1 Eléments de connaissances:

La première question portait sur le nombre de groupes d'aliments figurant au Guide alimentaire canadien. La bonne réponse est évidemment 4 et

toutes les autres réponses, y compris "je ne sais pas", furent considérées erronées. Les résultats figurent au tableau 5 (page 46).

Pour l'ensemble du territoire du D.S.C., près des deux cinquièmes (39.2 %) des adultes connaissent le nombre des groupes d'aliments. Cette proportion varie sensiblement selon les différentes variables socio-économiques.

L'âge ($\chi^2 = 13.7$; $p < .01$), le sexe ($\chi^2 = 21.2$; $p < .001$), la scolarité ($\chi^2 = 40.1$; $p < .0001$) et le statut socio-économique ($\chi^2 = 18.0$; $p < .001$) s'avèrent significatifs. La connaissance des groupes alimentaires ne varie cependant pas entre les divers districts socio-sanitaires.

Ainsi, les plus jeunes répondants connaissent mieux les groupes alimentaires (46 % de bonnes réponses chez les 20-44 ans contre seulement 33 % après 45 ans). De même, les femmes ont mieux répondu que les hommes (47.5 % contre 31 %). Evidemment, moins de gens avec une faible scolarité avaient la bonne réponse (32 % pour un cours primaire contre 60 % pour un cours collégial ou 55 % pour les universitaires) et plus de gens de statut socio-économique supérieur connaissent le nombre de groupes alimentaires (61% contre 38 % pour les autres classes).

Pour ce qui est du repas équilibré, les répondants devaient inscrire un menu correspondant à un repas équilibré. Les 971 réponses furent évaluées par une personne compétente et si le menu comportait les quatre groupes alimentaires, la réponse était jugée correcte. Les résultats figurent au tableau 6 (page 47).

Dans l'ensemble de la population adulte, à peine plus du cinquième (21 %) des individus apparaissent capables de composer un menu équilibré. Cette proportion varie de façon sensible selon les diverses catégories de répondants.

Ainsi, l'âge est une variable déterminante ($\chi^2 = 20.1$; $p < .001$). Les gens âgés de 45-64 ans (14 %) connaissent moins un repas équilibré que les autres (spécialement les 25-44 ans, 29 %).

Conformément à nos hypothèses, le sexe du répondant s'avère significatif ($\chi^2 = 24.9$; $p < .001$). Beaucoup plus de femmes (29 %) que d'hommes (13 %) sont capables de décrire un repas équilibré.

Les tests démontrent le même type de relation dans le cas de la scolarité ($\chi^2 = 21.3$; $p < .0001$). Les gens moins instruits savent moins ce qu'est un repas

équilibré: 17 et 21 % de bonnes réponses au primaire et au secondaire contre 31 et 38 % pour les gens ayant atteint le collège ou l'université.

Pour ce qui est du statut socio-économique, la presque totalité de l'association statistique ($\chi^2 = 17.4$; $p < .001$) s'explique par la bonne performance de la classe supérieure (39 % de bonnes réponses contre environ 20 % dans les autres classes), et par le lien scolarité-statut.

Enfin, résultat inattendu, les tests statistiques démontrent des différences significatives selon le district socio-sanitaire ($\chi^2 = 11.6$; $p < .01$). Les gens du district de Roberval (17 %) savent moins ce qu'est un repas équilibré par rapport à ceux de Dolbeau (30 %) ou Chibougamau (28 %).

3.2 Indice de connaissances en nutrition:

La simple addition des points acquis pour les deux questions précédentes a permis de calculer un indice de connaissances en nutrition. Il est évident qu'un indice basé sur deux éléments ne peut espérer mesurer précisément un concept aussi vaste que les connaissances en nutrition. Cependant, nous croyons qu'il indique approximativement la position relative d'un individu par rapport à un autre sur un continuum de connaissance. Etant une échelle à trois positions (0, 1 ou 2), l'indice ne possède cependant pas un très puissant pouvoir discriminant.

La moyenne de l'indice est de 0.69 sur deux (soit une note moyenne d'environ 34.5 sur 100) avec un écart-type de 0.77. Les données suivent une distribution plus ou moins normale, légèrement asymétrique vers la droite (skewness = 0.59) mais de forme aplatie (kurtose = 1.93). Cette anomalie semble naturelle pour une distribution somme toute plus discrète que continue (échelle en trois valeurs exactes). En effet, environ la moitié des répondants (49.6 %) n'ont aucune bonne réponse en nutrition et près du tiers (31.7%) ont répondu correctement à une seule question. Moins du cinquième (18.7 %) avaient deux réponses correctes. Le niveau de connaissances des adultes en nutrition s'avère donc très faible.

Cependant, les analyses de variance révèlent des différences importantes entre les divers groupes de répondants (voir tableau 7, page 48). Les résultats révèlent à peu près les mêmes tendances que pour les indices précédents.

Les connaissances varient selon l'âge ($F = 7.8$; $p < .001$): les répondants plus jeunes ont de meilleures notes. L'indice passe de 0.76 (38 %) chez les 20-24

et 0.78 (note de 39 %) chez les 25-44 à 0.5 (note de 25 %) chez les 45-64 et 0.56 (note de 28 %) chez les 65 ans et plus.

Dans le cas du sexe, nos hypothèses sont fortement confirmées: les femmes (0.78, note de 39 %) ont un degré de connaissances significativement plus élevé ($F= 30.3$; $p< .0000$) que les hommes (0.48, note de 24 %).

La scolarité atteinte demeure un autre critère discriminant ($F= 13.6$; $p< .000$): les gens les plus instruits, collégial et université, possèdent un indice passable (environ 0.94, note de 47 %) alors que les répondants avec un cours secondaire (0.63, note de 31.5 %) ou primaire (0.5, note de 25 %) démontrent peu de connaissances en nutrition.

L'occupation du répondant s'avère également significative ($F= 5.8$; $p< .0001$). Les étudiants possèdent un degré de connaissances étonnant (1.2, note de 60 %) attribuable sans doute aux programmes d'éducation nutritionnelle en milieu scolaire. Les gens qui travaillent (0.84, soit 42 %) avaient aussi un résultat supérieur à la moyenne. Les retraités (0.57, soit 28.5 %) montrent des connaissances inférieures alors que les pires résultats appartiennent aux gens sans emploi, mais qui n'en recherchent pas (0.25, note de 12.5 %).

Le tableau 7 montre également une association significative entre les connaissances en nutrition et le nombre de déjeuners pris durant la dernière semaine ($F= 3.9$; $p< .01$). Les répondants qui avaient déjeuné à tous les jours ou presque (0.74, note de 37 %) montraient une bien meilleure performance que ceux qui n'avaient jamais déjeuné (0.44, note de 22 %), une relation bien compréhensible.

Enfin, le statut socio-économique montre également une influence significative sur le niveau de connaissances en nutrition ($F= 6.1$; $p< .001$). Les gens de la classe supérieure ont obtenu des résultats plus élevés (0.99, note de 49.5 %) que les autres répondants adultes.

Quant aux districts socio-sanitaires, même si dans l'ensemble les différences ne sont pas significatives ($F= 2.55$; N.S.), les adultes du district de Roberval possèdent des connaissances en nutrition bien inférieures (0.58, note de 29% contre 37 % pour les autres secteurs). La fréquence d'utilisation des C.L.S.C. ne montre aucune influence significative sur l'indice de connaissances en nutrition.

4. CONNAISSANCES EN SANTÉ INFANTILE:

Un autre domaine de connaissances jugé prioritaire par les intervenants consultés, la santé infantile, fut évaluée par notre consultation. Les experts en santé maternelle et infantile du DSC furent invités à rédiger quelques questions visant à mesurer cette dimension chez la population adulte. Pour les fins de l'enquête, trois questions furent retenues.

Le présent chapitre analyse d'abord chacun de ces éléments de connaissance pris un à un pour ensuite étudier un indice de connaissances global.

4.1 Eléments de connaissances:

La première question porte sur le seul type de lait capable de protéger le nourrisson contre l'infection des voies respiratoires ou de l'appareil digestif. La bonne réponse est évidemment le lait maternel. Les résultats apparaissent au tableau 8 (page 49).

Environ 80 % des adultes du territoire savent que seul le lait maternel protège le nourrisson des infections respiratoires ou digestives. L'essentiel des mauvaises réponses se concentre sur le lait maternisé additionné de fer (15.5 %). Les choix alternatifs, lait homogénéisé (1.5 %) et lait de chèvre pasteurisé (1.9 %), touchent peu de répondants. Les variations selon l'âge ne sont pas significatives ($\chi^2 = 6.5$; N.S.) même si, pour la seule fois, les personnes âgées (88.2 %) montrent de meilleures connaissances que les jeunes (74.7 %), $\chi^2 = 2.03$, $p < .05$. Les différences entre les deux sexes apparaissent très significatives ($\chi^2 = 19.3$; $p < .0001$): plus de femmes connaissent la bonne réponse (85.3 % contre 72.8 % chez les hommes). Le statut socio-économique s'avère également significatif ($\chi^2 = 21.5$; $p < .0001$). Les membres de la classe supérieure ont une performance exceptionnelle (95.7 % de bonnes réponses) par rapport aux autres (inférieure = 79.5 %, moyenne inférieure = 77.2 % et moyenne supérieure = 70.4 %). Les tests du chi-carré n'ont révélé aucune différence significative de la proportion de bonnes réponses selon la scolarité atteinte ou le district socio-sanitaire.

La seconde question demande au répondant d'indiquer s'il est vrai ou faux que, lorsque le bébé est éveillé, il est préférable de le laisser tranquille dans sa chambre. La bonne réponse est FAUX puisqu'un parent devrait favoriser l'éveil et l'activité du bébé. Encore une fois, le tableau 8 (page 49) montre que la plupart des répondants ont bien répondu (75 %). Cependant, cette proportion varie quelque peu.

Notamment en fonction de l'âge ($\chi^2 = 39.6$; $p < .0000$), où l'on peut constater d'importantes divergences d'opinion entre les générations. Les plus jeunes répondants possèdent bien cette notion (plus de 80 % des moins de 45 ans) mais plus l'on avance en âge moins on trouve que l'énoncé est faux (64 % des 45-64 et 51 % des 65 ans et plus ont bien répondu). Au contraire de la plupart des questions de connaissances, la différence entre les sexes n'est pas significative ($\chi^2 = 2.3$; N.S.). Même chose dans le cas du statut économique où les différences sont jugées peu significatives ($\chi^2 = 10.5$; N.S. au seuil de 99 %). Par contre, la scolarité semble influencer la proportion de bonnes réponses ($\chi^2 = 19.2$; $p < .001$). Cette relation s'explique avant tout par la faible performance des gens qui n'ont qu'un cours primaire (65.3 %) comparativement aux autres (collégial= 85 % et université= 82 %). De plus, il faut bien comprendre que les variables âge et scolarité sont fortement interreliées. Enfin, le district socio-sanitaire ne montre aucune association statistique significative.

La troisième question se libelle ainsi: VRAI ou FAUX, pour favoriser le développement de l'enfant, quand le bébé commence à ramper, il est conseillé de le laisser dans un parc d'enfants. Pour les mêmes raisons que tout à l'heure, la bonne réponse demeure FAUX. Le tableau 8 (page 49) montre bien que la grande majorité des répondants connaissent cette réponse (83 %). Ce pourcentage varie quelque peu selon l'âge ($\chi^2 = 53.4$; $p < .000$) et la scolarité ($\chi^2 = 12.9$; $p < .01$), deux variables interreliées. Ainsi, les plus jeunes (88 % chez les 20-44 ans) répondent bien à cette question alors que les plus âgés ont eu beaucoup moins de succès (72 % chez les 45-64 et 58 % chez les 65 ans et plus). Les différences peuvent être dues en partie à des méthodes d'éducation modifiées chez les dernières générations. Les gens n'ayant qu'une scolarité primaire (très associée aux personnes âgées) offrent une performance également inférieure à la moyenne (73.3 %).

Les tests n'ont révélé aucune association statistique significative avec le statut socio-économique ou le sexe.

4.2 Indice de connaissances en santé infantile:

Un indice de connaissances en santé infantile fut calculé à partir des réponses aux questions précédentes. L'indice varie de 0 à 3 selon le nombre de bonnes réponses d'un individu et les analyses de variance ont permis de vérifier un certain nombre d'hypothèses que nous croyions intéressantes. Les résultats apparaissent au tableau 9 (page 50).

La moyenne de l'indice est de 2.25 sur trois (soit une note de 75 si on ramène sur 100) avec un écart-type de 0.9 qui démontre peu de variation autour de la moyenne. Les données suivent une distribution non normale caractérisée par une forte asymétrie négative (skewness = -0.96), allongée vers la gauche, et de forme légèrement leptokurtique, aigüe (kurtose = 3.067). En fait, cette distribution assez particulière est attribuable au grand nombre de répondants ayant obtenu la note maximale de trois (490, soit 50.5 %).

Les connaissances de la population adulte en santé infantile apparaissent donc assez élevées.

Cependant, la note globale diverge selon différentes catégories d'individus comme le montre le tableau 9 (page 50).

Ainsi, l'âge s'avère toujours une variable fort discriminante sur les connaissances ($F = 44.3$; $p < .0001$), selon le modèle habituel. Les plus jeunes possèdent de meilleures connaissances: moyenne de 2.44 (note de 81 %) avant 45 ans, 1.99 (66 %) entre 45-64 ans et 1.4 (note de 47 %) après 65 ans, illustrant ainsi l'évolution récente dans les principes d'éducation.

Les moyennes diffèrent légèrement selon le sexe ($F = 13.8$; $p < .001$) passant de 2.1 (note de 70 %) chez les hommes à 2.34 (note de 78 %) chez les femmes. Confirmant ainsi une autre hypothèse générale.

La scolarité, comme pour toutes les questions de connaissances, influence positivement l'indice qui passe de 1.97 (65.7 %, primaire), à 2.29 (76.3 %, secondaire), 2.45 (81.7 %, collégial) et 2.54 (84.7 %, université). De même que le statut socio-économique, où les différences sont plus minces ($F = 8.28$; $p < .001$): classe inférieure, note de 70 %; classe moyenne (note de 77.3 %) et classe supérieure (85.9 %).

L'occupation constitue une autre variable discriminante ($F = 11.2$; $p < .001$) alors que les étudiants, personnes au foyer et travailleurs figurent au-dessus de la moyenne. Les chômeurs ou sans emploi et surtout les retraités (personnes âgées) ont un indice inférieur.

Enfin, les différences de moyenne ne s'avèrent pas significatives dans le cas du district sanitaire ou de la fréquence d'utilisation du C.L.S.C.

5. CONNAISSANCES SUR LES MALADIES VÉNÉRIENNES:

Les connaissances sur les maladies transmises sexuellement constituent un cinquième domaine identifié par les intervenants consultés. Ces personnes mentionnaient surtout quelques croyances erronées répandues dans la population adulte.

Une question comportant six énoncés "VRAI OU FAUX" devait mesurer cette dimension et vérifier les hypothèses des intervenants.

Dans un premier temps, le chapitre étudie chacun des éléments de connaissances pour ensuite analyser les données portant sur l'indice global.

5.1 Éléments de connaissances:

Le premier de nos six énoncés se lisait comme suit: "se laver après une relation sexuelle enlève le risque d'attraper une maladie vénérienne". L'énoncé est évidemment faux. Le tableau 10 (page 51) montre que 73.0 % des répondants ont fourni la bonne réponse. Ce pourcentage varie quelque peu selon l'âge ($\chi^2 = 12.8$, $p < .01$), le sexe ($\chi^2 = 10.1$, $p < .001$) et le statut économique du répondant ($\chi^2 = 11.6$, $p < .01$): le pourcentage de bonnes réponses baisse chez les gens âgés, les hommes et les gens de classe inférieure ou moyenne-inférieure.

Le second énoncé demandait au répondant si "on peut attraper la gonorrhée sur un siège de toilette contaminé", une vieille phrase caricaturale! La bonne réponse est "faux". Cependant environ la moitié des répondants (49.5 %) croient que l'énoncé est véridique. Le faible pourcentage de bonnes réponses varie quelque peu selon les groupes de répondants comme le montre le tableau 10 (page 51). L'âge joue un rôle significatif ($\chi^2 = 29.5$; $p < .0001$): beaucoup plus de personnes plus âgées (45 ans et plus) croient à cette légende. Le sexe et le statut économique ne s'avèrent pas significatif sur cet énoncé.

Au troisième énoncé, formulé "des contacts sexuels avec des partenaires différents augmentent le risque d'attraper une maladie vénérienne", la bonne réponse était "vrai". La plupart des répondants connaissent ce fait (97.1%) et il n'existe pas de différences entre les divers groupes.

Le quatrième énoncé, "une victime de maladie vénérienne possède nécessairement certains symptômes (pertes vaginales, douleurs urinales, verrues ou boutons....)", s'avère le moins connu des adultes: seulement le quart des répondants (25.5 %) ont fourni la bonne réponse ("faux"). Ce qui peut

expliquer en partie pourquoi se répandent ces maladies: si on ne voit pas de signes externes, il n'y a pas de problème! L'âge apparaît comme un facteur significatif ($\chi^2 = 24.7$; $p < .0001$): les plus jeunes (17.1 % chez les 20-24 ans) et les personnes âgées (9.1%) possèdent moins la bonne réponse. De même, plus de gens de la classe supérieure (40 %) connaissent la bonne réponse alors que ceux de la classe inférieure se situent à l'opposé (21%), différence significative ($\chi^2 = 16.1$; $p < .0001$). Il n'y a pas de différence selon le sexe.

Pour le cinquième énoncé, "le traitement de la gonorrhée ou de la syphilis est très efficace (prise à temps la personne guérit)", la plupart des répondants (92.3 %) ont obtenu la bonne réponse (vrai). Cette proportion ne varie pas sensiblement selon le type de répondant.

Même chose pour le sixième énoncé, "il n'y a pas de danger à attendre avant de faire soigner une gonorrhée ou une syphilis", qui semble bien posséder par notre population adulte puisque 94.2 % ont répondu "faux".

Il ressort donc de l'enquête que les énoncés numéro 2 "siège de toilette" et numéro 4 "symptômes apparents" sont très mal maîtrisés avec respectivement 49.5 % et 74.5 % de mauvaises réponses. Pour les autres énoncés, la performance des adultes de la région paraît suffisante.

5.2 Indice de connaissances sur les maladies vénériennes:

L'addition des points acquis aux six questions portant sur les maladies vénériennes a fourni un indice global de connaissances dans ce domaine. L'indice peut varier de 0 à 6 selon le nombre de bonnes réponses d'un individu. Les analyses de variances ont permis de tester un certain nombre d'hypothèses jugées intéressantes. Les résultats apparaissent au tableau 11 (page 52).

La moyenne de l'indice s'établit à 3.37 sur six (soit une note de 56.2 sur cent) avec un écart-type de 1.27 qui exprime une très forte concentration autour de la moyenne. En fait, plus de 60 % des répondants ont obtenu une note de 3 ou 4. Les données suivent une distribution s'éloignant de la normale marquée par une asymétrie négative (skewness = -0.64: étirement de la courbe vers la gauche) et une forme leptokurtique (kurtose = 3.24: étirement vertical de la courbe).

Cependant le niveau de connaissances varie passablement suivant certaines populations-cibles. Le tableau 11 (page 52) et les analyses de variance expriment bien cette réalité.

L'âge s'avère particulièrement significatif pour le niveau de connaissances en M.T.S. ($F= 59.2$; $p< .0000...$). Ainsi, il apparaît que les plus jeunes possèdent une connaissance raisonnable (3.58 chez les 20-24, note de 60 %; 3.7 chez les 25-44, 62 %). Cependant, cette moyenne diminue graduellement avec l'âge passant de 3.04 (note de 50 %) chez les 45-64 à 1.88 (note de 31%) chez les personnes âgées.

L'enquête ne relève aucune différence significative entre les moyennes des deux sexes ($F= 0.37$; N.S.).

Par contre, la scolarité semble posséder une forte influence sur le niveau de connaissances en M.T.S. ($F= 20.6$; $p< .0001$): l'indice moyen augmente sensiblement d'une classe de scolarité à l'autre. Ainsi, les gens n'ayant qu'un cours primaire possédaient un indice moyen de 2.85 (note de 47.5 %) contre 3.43 pour ceux ayant un cours secondaire (note de 57.2 %), 3.74 pour un cours collégial (note de 62.3 %) et 3.85 pour un cours universitaire (note de 64.2 %).

L'occupation, une variable généralement liée à l'âge et à la scolarité, s'avère également significative ($F= 17.2$; $p< .0001$). Les étudiants (3.9, note de 65 %) et les travailleurs (3.78, note de 63 %) possèdent une note supérieure à la moyenne, alors que les retraités se situent évidemment bien en dessous (2.22, note de 37 %). Il est intéressant de constater que les deux groupes les plus à risque sont également les mieux renseignés.

Le statut socio-économique du répondant, variable liée à la scolarité, apparaît avoir une influence légèrement significative sur le niveau de connaissances ($F= 8.4$; $p< .001$). Les classes supérieures et moyennes possèdent un meilleur niveau de connaissance que la classe inférieure (3.66, note de 61%, contre 3.19, note de 53.2 %).

Enfin, l'analyse de variance montre également des différences légèrement significatives entre les districts socio-sanitaires ($F= 4.5$; $p< .01$). Les adultes des secteurs de Roberval (3.23, note de 53.8 %) et Dolbeau (3.31, note de 55.2%) ont obtenu un indice inférieur alors que ceux de Chibougamau (3.48, note de 58 %) et Alma (3.59, note de 59.8 %) semblent avoir de meilleures connaissances.

Le niveau de connaissance varie très légèrement selon la fréquence d'utilisation des services du C.L.S.C. ($F = 3.4$; $p < .05$). Les gens qui fréquentent souvent (au moins une fois par semaine) ces institutions montrent moins de connaissances (2.75, note de 45.8 %). Ce qui peut s'expliquer en partie par l'âge des bénéficiaires (beaucoup de personnes âgées) et par les causes de consultation (habituellement autre chose que les M.T.S.).

6. CONNAISSANCES DIVERSES:

Ce champ de connaissances diffère des précédents en ce sens qu'il ne correspond à aucun champ d'intervention spécifique de la santé communautaire. Nous avons plutôt regroupé sous cette rubrique onze questions correspondant à divers domaines.

Sont classées dans ce chapitre deux questions portant sur la vaccination, deux questions sur les toxicomanies, deux questions sur la ménopause, deux questions sur la santé dentaire, deux questions sur la prévention des cancers et une question sur la relaxation. Comme dans le cas des autres champs de connaissance, chacun de ces éléments était perçu par les intervenants comme déficient ou problématique chez la population.

Le présent chapitre abordera les onze éléments de connaissance de façon individuelle. Aucun indice synthétique ne sera calculé car ces éléments disparates ne correspondent à aucune entité homogène. Ils seront toutefois considérés dans l'évaluation des connaissances générales. Les données apparaissent au tableau 12 (page 53).

Premier constat, le degré de maîtrise des éléments de connaissance varie beaucoup: certains sont connus de tous les répondants, d'autres demeurent très obscurs pour la majorité. Le taux de bonnes réponses fluctue de 32% à 95 %. Les énoncés seront commentés dans l'ordre où ils apparaissent au tableau 12.

Dans la première question de ce groupe, le répondant devait choisir, parmi quatre énoncés portant sur la vaccination, le seul qui était vrai. La bonne réponse était "la rubéole est dangereuse chez une femme enceinte car elle peut causer des malformations chez le fœtus". Presque tous les adultes (90%) connaissaient la bonne réponse, sauf les personnes âgées qui se situent nettement sous la moyenne (79 %).

Une seconde question sur la vaccination demandait à quoi ça sert (bonne réponse: diminuer le risque d'attraper une maladie infectieuse). Plus de 95%

des adultes ont répondu correctement sans différence selon l'âge ou le sexe. Le sujet de la vaccination semble donc relativement bien connu.

Dans une autre question, on demandait au répondant d'indiquer s'il connaissait un signe de consommation de drogue chez un jeune. Ensuite, la réponse fut évaluée par un comité d'experts. Seulement 32.8 % des adultes ont pu fournir une bonne réponse, ce qui paraît symptomatique de leur connaissance du domaine. Ce niveau de connaissance varie significativement selon l'âge ($X^2 = 46.1$; $p < .0001$) mais pas le sexe. Ainsi, les 20-24 (42 %) connaissent un peu la bonne réponse alors que les 45-64 (20 %) et surtout les personnes âgées (5 %) n'y comprennent rien.

Au niveau des perceptions sur leurs propres connaissances sur les méfaits des toxicomanies, la plupart des répondants se jugent ignorants. Seulement 39 % des adultes décrivent leur niveau de connaissance comme suffisant. Cette proportion varie sensiblement selon l'âge bien sûr ($X^2 = 25.5$; $p < .0001$): de 53 % chez les 20-24, le taux passe à 29 % chez les 45 ans et plus. Cette donnée diffère légèrement selon le sexe ($X^2 = 5.1$; $p < .05$): les hommes (44%) ont une meilleure perception de leurs connaissances que les femmes (35 %).

Les deux questions suivantes portaient sur la ménopause. On demandait d'abord qu'est-ce que c'est? La réponse était: arrêt de la période de fertilité chez la femme. Près de 70 % des adultes connaissent la bonne réponse. Il n'y a pas de différence selon l'âge ou selon le sexe du répondant. La mauvaise réponse la plus mentionnée, vieillissement normal, apparaît dans 23% des cas.

La seconde question portait sur un signe précurseur de la ménopause: la perturbation du cycle menstruel. La bonne réponse est connue de presque tous les répondants (90 %). Ce pourcentage varie peu selon l'âge mais la différence entre les sexes est significative (hommes: 86 %; femmes: 93 %).

La septième question de ce groupe demandait s'il est vrai ou faux que la fluoration de l'eau potable réduit de moitié les risques de carie. A peine 40% des adultes ont répondu correctement (VRAI), ce qui indique une carence évidente. La situation ne varie pas significativement selon l'âge ou le sexe.

La huitième question demandait d'identifier l'aliment cariogène dans une liste de 5. Plus de 66 % des répondants ont posé le bon choix (le miel). Cette situation ne varie pas selon l'âge mais les femmes (73 %) connaissent mieux la réponse que les hommes (59 %).

En ce qui concerne le meilleur moyen de prévenir le cancer du sein, l'auto-examen mensuel, la plupart des adultes ont choisi la bonne réponse (65 %). Cette proportion varie peu selon l'âge du répondant. Evidemment, le sexe possède une influence importante ($X^2 = 6.9$; $p < .01$): la bonne réponse apparaît plus souvent chez la femme (73 %) que chez l'homme (59 %). Parmi les mauvaises réponses, la visite médicale annuelle domine (21 %) suivie de la mammographie (12 %).

Pour ce qui est de l'énoncé qui n'est pas un facteur de risque de cancer (parmi une liste de cinq), les deux tiers (66 %) des adultes ont obtenu la bonne réponse (aucun, ce sont tous des risques). Ce taux varie significativement selon l'âge ($X^2 = 14.1$; $p < .01$). Pour une des rares fois, les personnes plus âgées ont plus de bonnes réponses (75 % chez les 45-64 et 77 % chez les 65 ans et plus) que les jeunes répondants (59 % chez les 20-24 ans). Il n'y a pas de différence entre les sexes. Parmi les mauvaises réponses, 21 % des adultes ne croyaient pas que les relations sexuelles avec de multiples partenaires pouvaient être un risque de cancer et 9 % ont identifié l'alcool comme la bonne réponse. La cigarette (1.7 %) et certaines vapeurs toxiques (0.9 %) sont des facteurs de risque mieux connus.

Enfin, une question demandait aux répondants d'inscrire une technique de relaxation connue. Les réponses furent jugées par un comité d'experts. L'enquête révèle que moins de la moitié (47 %) des adultes peuvent répondre correctement. Cette donnée ne varie pas significativement selon l'âge. Cependant, le sexe du répondant révèle des différences marquées ($X^2 = 9.5$; $p < .01$). Ainsi, près de 53 % des femmes connaissent une technique de relaxation alors que ce taux n'atteint que 41 % chez l'homme. Ces données apparaissent cohérentes avec l'importance accordée au stress parmi les champs d'intérêt en information (6).

Bref, le tableau 12 (page 53) nous apprend que ces onze questions dispersées se classent en trois niveaux de connaissance distincts. D'abord des questions peu connues de la population: ce qui est relié aux toxicomanies (capacité de décrire un signe de consommation, 33 %, et perception d'avoir des connaissances suffisantes, 39 %), le fait que l'eau fluorée réduit de plus de 50 % le risque de carie dentaire (41 %) et la description d'une technique de relaxation (47 %).

Un second niveau de connaissance, qu'on peut qualifier de moyen, regroupe les questions portant sur: le meilleur moyen de prévenir le cancer du sein (65 %), les facteurs de risque des cancers (66 %), le miel comme aliment cariogène (66 %), la ménopause /arrêt de la période de fécondité (70 %).

Enfin, trois questions apparaissent très bien connues de l'ensemble des adultes: la perturbation du cycle menstruel est un facteur de ménopause (90 %), la rubéole est dangereuse chez la femme enceinte (90 %), la vaccination sert à diminuer le risque d'attraper une maladie contagieuse (95 %). Il est intéressant de noter que le niveau de connaissance élevé en immunisation coïncide avec un comportement très positif face aux programmes de vaccination (taux de vaccination exemplaires dans la région). Voilà peut-être un exemple de plus où les comportements et les connaissances seraient reliés.

7. NIVEAU DE CONNAISSANCES GÉNÉRALES:

À partir du test de connaissances complété par chaque répondant, un indice global de connaissances générales dans le domaine socio-sanitaire fut élaboré. Cet indice procède de l'addition des bonnes réponses dans chacun des indices partiels (ex.: nutrition) affecté d'un facteur de poids relatif, de façon à ramener l'indice sur une base de 100.

Par ce calcul, chaque répondant obtient donc une note globale variant entre 0 et 100, selon le nombre de bonnes réponses obtenues. Les résultats figurent au tableau 13 (page 54).

La moyenne globale des connaissances générales de notre échantillon s'établit à environ 55 sur cent avec un écart-type de 15.8 qui indique une forte concentration des données autour de la moyenne. En fait les notes s'écartent, statistiquement, relativement peu de la moyenne. Avec le type et la taille de l'échantillon obtenu, nous pouvons être sûrs, avec un degré de confiance de 99.9 %, que la vraie moyenne de la population adulte au test de connaissance jouerait entre 51.4 et 54 (après ajustement mathématique en raison de la surreprésentation féminine).

La distribution des données de l'échantillon semble normale, avec une petite asymétrie négative (skewness = -0.35) et une forme légèrement aplatie (kurtose = 2.77). La note minimale obtenue est de 8 et le maximum de 90.

Les analyses de variance décrites au tableau 13 (page 54) ont permis de vérifier un certain nombre d'hypothèses de variation des connaissances de la population dans le domaine socio-sanitaire. Ces tests révèlent des différences significatives entre plusieurs sous-groupes de répondants.

Le niveau de connaissances varie considérablement selon l'âge ($F= 45.6$; $p< .000$). Les couches plus jeunes de la population possèdent généralement des connaissances plus étendues que leurs aînés: l'indice de 55.7 chez les 20-24 et 57.8 chez les 25-44 baisse à 47.2 chez les 45-64 et surtout à un piètre 40 chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Ce lien nous apparaît bien compréhensible si l'on considère la sous-scolarisation de la population dans les années 1910-1940. De plus, nous devons considérer que tout le champ de l'éducation sanitaire structurée est tout récent (10 à 15 ans tout au plus) et que les personnes interrogées n'ont pas été touchées.

Le niveau de connaissances diffère également selon le sexe du répondant ($F= 19.1$; $p< .0001$). Les données révèlent que les femmes (55.2) possèdent une moyenne significativement plus élevée que les hommes (50.2). Ce que corroborent les données sur l'intérêt envers les sujets touchant la santé (6) ou d'autres études réalisées sur des populations régionales (3,7).

De même, le niveau de connaissances correspond étroitement au niveau de scolarité atteint ($F= 42.7$; $p< .0000$). Ainsi, la note moyenne passe de 45.1 chez les gens n'ayant qu'un cours primaire, à 53 chez ceux qui ont une scolarité secondaire, 60.8 pour un collégial et 62.2 pour un cours universitaire. Ce niveau de connaissance plus élevé se reflète sur les comportements (8). D'ailleurs, l'analyse de corrélation par rangs (Spearman's rank-order correlation) montre bien la relation directement proportionnelle entre ces deux variables ($\rho = 0.85$; $t= 48.4$; $p .0000$).

L'occupation apparaît comme une variable peut-être moins influente mais tout de même très significative ($F= 18.5$; $p< .0001$). Comme le montre le tableau 13 (page 54), les groupes des sans emploi (mais qui n'en recherchent pas), avec une note de 44.6, et les retraités, note de 42.7 se situent bien en-dessous de la moyenne. Par contre les travailleurs, 59.7, et surtout les étudiants, 65.9, possèdent un niveau de connaissances supérieur. Il est plausible de croire que cette relation occupationnelle s'explique en grande partie par les seules différences de scolarité.

Il est permis de croire la même chose pour ce qui est du statut socio-économique où l'on rencontre aussi une association significative ($F= 17.7$; $p< .0001$). De fait, la classe inférieure offre la plus faible moyenne (50.8) alors que les classes moyenne-inférieure (55.3) et moyenne-supérieure (56.1) montrent une performance intermédiaire. La classe dite supérieure culmine avec une note moyenne de 63.2.

L'analyse de variance n'a pas permis de confirmer une association significative entre le niveau de connaissances générales et le district socio-

sanitaire ($F=2.2$; N.S.) bien que la note de Roberval et Dolbeau (52.2 et 52.9) soit légèrement inférieure à celle de Chibougamau (55.4) et Alma (55).

Enfin, il existe une relation significative plutôt incongrue entre le niveau des connaissances et la fréquence d'utilisation des C.L.S.C. ($F=4.0$; $p<.01$). Les personnes fréquentant souvent le C.L.S.C. (au moins une fois par semaine) possèdent moins de connaissances (47.3) que tous les autres groupes. Il semble donc que les gens qui fréquentent très souvent les C.L.S.C. seraient une clientèle-cible intéressante pour l'information. Il est probable que cette étiquette de souvent (une fois par semaine) caractérise surtout les services en maintien à domicile. L'âge et la faible scolarité expliqueraient donc cette relation. D'un autre côté, les gens qui fréquentent à l'occasion le C.L.S.C. apparaissent nettement plus "savants" (parfois = 55.8; rarement = 56).

8. DONNÉES NON-ÉTUDIÉES AILLEURS.

Comme complément à l'enquête sur les besoins en éducation/information socio-sanitaire, nous avons profité de l'occasion pour interroger la population sur certaines préoccupations propres au D.S.C. Ainsi, quelques questions ont porté sur les habitudes de vie (voir module #2) (8).

Le présent chapitre commentera, quant à lui, les questions portant sur certains tests féminins qui figuraient dans l'Enquête Santé-Canada (9). D'autres questions portent sur les opinions des adultes face à la fluoruration de l'eau potable. Cette mesure de santé publique apparaît fondamentale et pourrait faire l'objet d'une campagne de promotion.

8.1 Les tests féminins:

Trois questions portent sur des pratiques plus particulièrement féminines. Le libellé et les choix de réponse reproduisent parfaitement ceux de l'Enquête Santé-Canada (9) et les résultats nous semblent donc directement comparables. Les tableaux présenteront donc la donnée provenant de notre enquête et le chiffre canadien correspondant, lorsque disponible.

La première question portait sur le dernier prélèvement vaginal (test de Papanicolaou), la seconde sur l'examen des seins par un professionnel de la santé et la troisième sur la fréquence de l'auto-examen des seins. Évidemment, seules les femmes devaient répondre à ces questions. Le fait qu'aucun homme n'ait complété cette section montre bien le sérieux de nos répondants.

8.1.1 Test de Papanicolaou:

Le test de Papanicolaou constitue actuellement le principal mode de prévention de la mortalité due au cancer de l'utérus, une maladie qui, diagnostiquée à temps, possède un excellent pronostic. Le Groupe de travail canadien sur les examens périodiques recommande l'examen annuel chez les groupes à risque (relations sexuelles précoces et partenaires multiples), un test aux trois ans de 16 à 34 ans et aux cinq ans après cet âge (10).

Les résultats qui figurent au tableau 14 (page 55) apparaissent en gros, similaires à ceux à l'Enquête Santé-Canada, pour ce qui est de la population globale. Ainsi, dans l'ensemble, 40.1% des femmes de la région avaient subi un test Pap voici moins d'un an (contre 44.8 % des Canadiennes). De plus, pour 17.9 % des répondants, ce test datait de 1 à 2 ans (19.4 % au Canada). En fait, la plus grosse différence survient chez la proportion de femmes ayant subi ce test depuis plus de 2 ans: 27.8 % dans notre échantillon contre 16.5% au Canada, différence difficilement explicable. Pour ce qui est des femmes qui n'ont jamais bénéficié de ce test, la proportion s'avère légèrement inférieure dans notre région: 10.6 % contre 13.6 % au Canada.

Cependant, le tableau 14 révèle également que le temps écoulé depuis le dernier test Pap varie considérablement selon l'âge ($\chi^2 = 78.7$; $p < .0001$) et le district socio-sanitaire ($\chi^2 = 47.4$; $p < .0001$) des répondantes.

Ainsi, plus les répondantes vieillissent moins elles ont subi récemment un test Pap. Si 50.9 % des femmes de 20 à 24 ans (62.4 % des Canadiennes) et 45.5% de celles de 25 à 44 ans (55.8 % des Canadiennes) ont passé ce test durant la dernière année, seulement 29.8 % des 45-64 (35.7 % au Canada) et 18% des 65 ans et plus (14.6 % au Canada) l'ont fait.

Ce tableau montre bien qu'aux âges les plus jeunes, le pourcentage de femmes de notre région ayant passé le test Pap depuis moins d'un an est bien inférieur au chiffre canadien (tableau 14, page 55).

De même, de façon générale, les femmes plus âgées ont tendance à pratiquer le test Pap à intervalle plus grand: 35 % des 45-64 et 42 % des 65 ans et plus ont répondu "depuis plus de 2 ans" (contre 13 % des 20-24 et 27 % des 25-44). Une proportion importante des plus jeunes (20 % des 20-24) et des plus âgées (24 % des 65 et plus) n'ont jamais passé ce test. L'Enquête Santé-Canada révèle des résultats similaires.

Le district socio-sanitaire apparaît également significatif. On distingue deux groupes spécifiques: les résidentes des districts de Chibougamau (58 %) et

de Roberval (48 %) avaient passé un test plus récemment (moins d'un an) alors qu'une faible proportion de celles de Dolbeau (31%) et d'Alma (31 %) ont subi ce test depuis moins d'un an. De plus, 17 % des résidentes d'Alma et 12 % de celles de Dolbeau n'avaient JAMAIS passé ce test contre seulement 7 % à Roberval et 3 % à Chibougamau.

Les analyses statistiques ne révèlent pas de différences significatives, dans la fréquence du test Pap, selon la scolarité ($\chi^2 = 17.2$; N.S.) ou le statut socio-économique ($\chi^2 = 8.9$; N.S.). Cependant, moins de femmes n'ayant qu'un cours primaire (30 %) ont subi ce test depuis moins d'un an que tous les autres types de scolarité (45 %).

8.1.2 L'examen des seins par un professionnel:

Dans l'arsenal des armes permettant aux services de santé publique de combattre le cancer du sein, l'examen des seins par un médecin ou une infirmière figure en bonne place. Le Groupe de travail canadien recommande l'examen annuel pour les femmes âgées de 50 à 59 ans (10).

Le tableau 15 (page 56) montre la fréquence de cette mesure dans notre population. Il faut remarquer que l'Enquête Santé-Canada n'a pas exploité ces résultats même si la question était posée (9).

Pour l'ensemble de la population, près de la moitié des femmes âgées de 20 ans et plus (46.3 %) ont subi ce type d'examen depuis 2 ans ou moins. Le reste des répondantes se partage également entre celles qui ont passé un tel examen voilà plus de 2 ans (25.3 %) et celles qui n'en ont jamais passé (25.5 %). Ces données varient légèrement lorsque l'on considère divers sous-groupes de répondantes.

Ainsi, le délai depuis le dernier examen varie sensiblement selon l'âge ($\chi^2 = 18.9$; $p < .01$). En fait, les personnes âgées de 65 ans et plus expliquent totalement cette relation. Alors que de 20 à 64 ans près de 50 % des femmes ont subi ce type d'examen depuis moins de 2 ans, seulement 28 % des femmes âgées en ont fait autant. De plus, plus de 43 % des femmes âgées n'ont jamais subi cet examen alors que la proportion correspondante chez les autres groupes se situe aux environs de 25 %. Il semble plausible, qu'à partir d'un certain âge, la femme ne ressente plus l'utilité d'un tel examen.

Les tests confirment des différences également entre les divers niveaux de scolarité ($\chi^2 = 19.7$; $p < .01$). Les femmes avec un cours primaire (37 %) se situent nettement sous la proportion de répondantes ayant passé un examen

depuis moins de 2 ans. Celles ayant un cours collégial (56 %) ou universitaire (60 %) sont bien au-dessus. La corollaire se vérifie pour les femmes qui ont répondu JAMAIS: elles représentent 32 % de celles avec un cours primaire contre 18 % pour un cours collégial et 19 % pour l'université.

Le délai depuis le dernier examen ne varie pas selon le statut socio-économique, par contre l'on constate des différences importantes entre les districts socio-sanitaires ($\chi^2 = 21.5$; $p < .01$).

Cette relation s'explique entièrement par le seul district de Chibougamau où 60 % des femmes ont subi cet examen depuis moins de 2 ans et seulement 12 % ne l'ont jamais passé. Les proportions respectives sont de 44 % et 28 % pour les autres groupes de répondantes.

8.1.3 Fréquence de l'auto-examen des seins:

L'auto-examen mensuel est reconnu comme la mesure la plus efficace de prévenir le développement du cancer du sein, l'une des causes de mortalité importantes chez la femme. Découvert à temps, le cancer du sein possède un excellent pronostic. Notre enquête reprend les termes de l'Enquête Santé-Canada et les données appropriées figurent au tableau 16 (page 57).

Il convient d'abord de souligner qu'en ce qui concerne la fréquence de l'auto-examen des seins, le comportement des femmes du territoire du DSC copie assez bien l'ensemble des Canadiennes. En fait, 21.2 % procèdent à un auto examen mensuel (22.9 % au Canada), 22.3 % aux 2-3 mois (22.5 % au Canada), 23.6 % moins souvent (contre 19.5 %) et 32.9 % jamais (contre 32.7 %). Dans notre région, le pourcentage de "JAMAIS, parce que je ne sais pas comment faire" apparaît trois fois plus élevé (18 % contre 6.2 % au Canada) alors que les "JAMAIS, autre raison" sont bien moins nombreux (15 % ici contre 26.4%). C'est à ce niveau que surviennent les plus fortes différences. Le besoin d'éducation pourrait donc s'en trouver plus aigu dans notre région puisque le manque de connaissance constitue la raison principale de celles qui n'ont jamais pratiqué l'auto-examen.

La fréquence de l'auto-examen des seins ne semble pas varier significativement selon l'âge comme l'indique le test du chi-carré ($\chi^2 = 16.8$; N.S.), si ce n'est que plus de femmes de 65 ans et plus n'ont jamais procédé à l'auto-examen (46 % contre 32 % pour les autres âges). Les données canadiennes tendent dans le même sens.

Par contre, tout comme l'Enquête Santé-Canada l'avait démontré (9), la fréquence de l'auto-examen varie sensiblement selon la scolarité ($\chi^2 = 21.5$; $p < .05$): les femmes moins scolarisées pratiquent moins souvent cet auto-test. Ainsi, seulement 16 % des femmes avec un cours primaires pratiquent l'auto-examen mensuel alors que 43 % ne l'ont jamais fait. Chez celles qui ont fait de l'université, les chiffres correspondants sont 28 % qui font l'auto-examen mensuel et seulement 18 % qui ne l'ont jamais fait.

La fréquence varie aussi selon le statut socio-économique, mais de façon plutôt anarchique entre les diverses classes ($\chi^2 = 32.7$; $p < .001$). La classe moyenne-supérieure semble pratiquer moins l'examen mensuel (13.6 % contre environ 24 % ailleurs). Les classes moyenne-inférieure (42 %) et supérieure (35 %) le font plus aux 2-3 mois que les autres classes (20 %). Moins de femmes provenant des classes supérieures (13 %) et moyenne-inférieure (19 %) n'ont JAMAIS pratiqué l'auto-examen (contre 37% dans les autres classes).

Enfin, la fréquence de l'auto-examen varie de façon significative selon le district socio-sanitaire ($\chi^2 = 29.6$; $p < .01$). L'examen mensuel est beaucoup plus répandu à Chibougamau (29 %) qu'ailleurs (19 %).

De plus l'examen fréquent (mensuel ou aux 2-3 mois) est beaucoup moins répandu à Dolbeau (32 %) que dans les autres secteurs (environ 47 %). En corollaire, plus de femmes de Dolbeau (39 %) et moins de femmes de Chibougamau (23.5 %) déclarent n'avoir jamais pratiqué l'auto-examen.

8.2 La fluoration de l'eau:

En terme de santé publique, la fluoration de l'eau de consommation à une concentration de 1.2 p.p.m. (partie par million) constitue l'une des mesures les moins coûteuses et les plus efficaces de protection de la population (11). En effet, ses conséquences les plus spectaculaires sont la diminution de près de 60 % des caries sur les dents permanentes et une augmentation de 5 à 6 fois du nombre d'enfants exempts de carie (12). D'autres conséquences bénéfiques concernent des populations plus âgées (diminution de l'ostéoporose, ...).

Pour le territoire du DSC de Roberval, on pourrait estimer à \$409,500* l'économie annuelle (pour l'assurance-santé et les parents) que représenterait cette mesure (25,000 jeunes de 10-19 ans, hypothèse conservatrice de 7 dents cariées traitées entre 10 et 19 ans, à \$45 chacune).

$$* \frac{25000 \times 2 \times \$45}{10} \times (0.52) = \$409,500$$

où l'on utilise un taux de réduction de la carie de 52 %

La santé dentaire étant particulièrement déficiente sur son territoire (13-14), le D.S.C. de Roberval a voulu investiguer certaines de ses préoccupations sur la fluoruration de l'eau dans le but d'en faire éventuellement la promotion.

Ainsi, certaines questions concernent des connaissances sur le fluor, une autre des comportements et une dernière des opinions. Ces informations devraient pouvoir permettre d'élaborer la stratégie d'une éventuelle campagne de promotion efficace.

8.2.1 Fluoruration de l'eau de sa municipalité:

La connaissance du statut de fluoruration de l'eau de sa propre municipalité apparaît comme l'un des éléments de base d'une réceptivité à la promotion de la fluoruration. Dans notre région, seules deux municipalités bénéficient d'une eau fluorée (Roberval et St-Méthode). Les résultats apparaissent au tableau 17 (page 58).

Les données sur la connaissance du statut de fluoruration de sa municipalité sont éloquentes: la plupart des gens l'ignorent complètement. Ainsi, plus de 55 % des gens habitant une municipalité non-fluorée croient que leur eau l'est, alors que 21.4 % avouent qu'ils ne le savent pas. Donc, plus de 75 % ignoraient la bonne réponse.

De plus, comme la plupart des répondants croient leur eau fluorée, il est facilement compréhensible que les revendications ou les mouvements en faveur de la fluoruration soient très rares. Il faudra en tenir compte dans une éventuelle campagne.

8.2.2 La fluoruration de l'eau réduit de moitié les risques de carie dentaire:

Comme nous l'avons vu plus haut, au chapitre 6 (tableau 12, page 53), à peine 40 % de la population adulte connaît ce fait. Une campagne de promotion devrait axer les éléments motivateurs dans cette voie.

8.2.3 Utilisation de pâte-à-dents fluorée:

A défaut de la fluoration de l'eau, l'utilisation d'un dentifrice au fluorure apparaît souhaitable. Ce type de dentifrice possède des qualités anti-cariogènes et est recommandé à titre préventif. Les résultats apparaissent au tableau 18 (page 59).

Pour l'ensemble de la sous-région, les résultats sont intéressants. Près de quatre adultes sur 5 (78.2 %) utilisent une pâte-à-dents fluorée. Cette situation varie selon l'âge ($\chi^2 = 47.9$; $p < .0000$) et le statut socio-économique ($\chi^2 = 19.4$; $p < .01$) mais pas selon le sexe ($\chi^2 = 0.46$; N.S.).

En effet, les répondants âgés utilisent beaucoup moins les dentifrices fluorés que les autres (52 % contre 80 %). Il est possible que le manque de dents explique en partie cette utilisation moindre.

De même, les personnes de statut économique inférieur emploient moins ce type de dentifrice (74 % contre 87 % pour les autres groupes). Cependant, que les trois quarts de ce groupe-cible utilisent un dentifrice fluoré demeure satisfaisant.

8.2.4 Opinion sur la fluoration:

Enfin, dans une optique marketing, nous avons demandé aux répondants d'expliquer leur opinion sur la fluoration de l'eau potable: "D'après vous, la fluoration de l'eau possède-t-elle plus d'avantages ou plus d'inconvénients?" En posant la question de la façon la plus neutre possible, l'enquête visait une expression aussi juste que possible des opinions des gens de toutes conditions, ce qui aurait été plus incertain en demandant carrément "Êtes-vous en faveur de la fluoration?" (15).

Comme le montre le tableau 19 (page 60), la population apparaît dans l'ensemble plutôt favorable à la fluoration de l'eau de consommation. En fait, 44.3 % des répondants voient plus d'avantages à la fluoration. Le nombre des indécis est aussi élevé avec 43.5 % de "sans opinion". Seulement 12.2 % de la population trouvent plus d'inconvénients à la fluoration. Cependant, ces diverses proportions connaissent des variations importantes, même si les tendances demeurent semblables (tableau 19, page 60).

Les opinions sur la fluoration varient légèrement en fonction de l'âge sans atteindre cependant un seuil de confiance significatif ($\chi^2 = 12.0$; N.S.). De

plus, ces opinions ne diffèrent pas du tout entre les hommes et les femmes ($\chi^2 = 0.5$; N.S.).

Par contre, le niveau de scolarité possède une influence très significative ($\chi^2 = 33.7$; $p < .0000$). Ainsi, conformément à nos hypothèses de départ, plus le niveau de scolarité augmente, plus les répondants trouvent avantageuse la fluoruration de l'eau: la proportion de répondants qui lui trouvent plus d'avantages passe de 34 % chez les gens qui n'ont qu'un cours primaire, à 42% (cours secondaire), 52 % (cours collégial) et 64 % (cours universitaire). Il est probable que les gens plus scolarisés ont moins de difficulté à faire la part des choses entre les pseudo-études scientifiques sur les conséquences solidisant néfastes de la fluoruration et les études rigoureuses qui concluent à son efficacité et à son innocuité (12). De plus, leur niveau de connaissance des avantages est plus grand.

Le test des différences d'opinions selon le statut socio-économique amène à des conclusions similaires ($\chi^2 = 18.1$; $p < .01$). Plus on monte dans l'échelle, plus les opinions deviennent favorables à la fluoruration: le pourcentage de "plus d'avantages" passe de 41% (statut inférieur), à 43 % (moyen-inférieur), 45% (moyen-supérieur) et 60 % (statut supérieur). Le nombre de sans opinion est beaucoup moindre chez le statut supérieur (31% contre 45 % ailleurs) alors que ceux qui voient plus d'inconvénients à la fluoruration se retrouvent deux fois plus dans la classe inférieure (15 % contre 8 % ailleurs).

L'opinion varie considérablement selon le district socio-sanitaire ($\chi^2 = 35.3$; $p < .0000$). Ainsi, les résidents du district d'Alma s'écartent considérablement du modèle régional. On n'y trouve que 39 % de gens qui trouvent plus d'avantages à la fluoruration (contre 47 % ailleurs) et près de 20 % de gens (19.5%) qui y voient plus d'inconvénients (contre environ 9 % dans les autres secteurs). Il nous apparaît évident que la polémique au sujet des émanations de fluorures aériens de l'Alcan et l'activisme de certains groupes s'appuyant sur de pseudo-études scientifiques (12) peuvent expliquer ces différences considérables.

Au niveau des motivations, l'enquête révèle que les gens qui savent que la fluoruration de l'eau réduit de plus de la moitié les risques de carie trouvent évidemment plus d'avantages à la fluoruration (67% contre environ 30% pour ceux qui ne savent pas que c'est exact). Au contraire, ceux qui croient que c'est faux considèrent beaucoup plus que la fluoruration possède plus d'inconvénients (31% contre 8%). En fait, cette association statistique s'avère très significative, à un niveau de confiance de près de 100% ($\chi^2 = 203.1$; $p < .0000$). Il semble bien, comme on pouvait s'y attendre, que la connaissance de l'utilité de la fluoruration entraîne une attitude beaucoup plus favorable.

Enfin, les gens qui croient, à tort ou à raison, que l'eau de leur municipalité est fluorée démontrent une attitude plus positive envers la fluoration et ce à un niveau de confiance très significatif ($\chi^2 = 34.5$; $p < .0000$). Ainsi, 49 % des répondants qui croient leur eau fluorée voient plus d'avantages à la fluoration alors que cette proportion n'est que de 37.5 % chez les autres.

En résumé, les données de l'enquête permettent de croire que la population adulte est animée d'une attitude plutôt favorable à la fluoration. Ce qui se vérifie encore plus chez les populations les plus averties et les mieux renseignées (les plus instruits, la classe économique supérieure et les gens qui connaissent le principal effet de la fluoration). Une éventuelle campagne de promotion devrait d'abord toucher les moins instruits, les jeunes, les gens d'Alma et ceux qui ne savent pas que la fluoration diminue de 50% le risque de carie.

La stratégie à développer semble claire: augmenter la connaissance des bienfaits de la fluoration et révéler que moins de 8 % de la population en bénéficie actuellement, alors que la plupart des gens croient leur eau fluorée!

8.3 Comparaison entre les indices sectoriels:

Afin d'identifier certains champs de connaissances possiblement moins maîtrisés par la population, nous avons comparé les notes obtenues à chaque indice de connaissance. Les résultats apparaissent au tableau 20 (page 61).

Ces chiffres devront cependant être manipulés avec une grande prudence. À l'exception peut-être de l'indice de connaissances générales, aucun ne peut prétendre à une couverture exhaustive de son domaine. Les indices sectoriels sont en effet composés de deux à douze questions qui nous apparaissaient pertinentes. Nous n'avons pu cependant vérifier la validité, la fiabilité ou la difficulté relative de ces questions. Aussi, ces données devront-elles être traitées surtout à titre indicatif.

Pour comparer ces sept indices, les moyennes, les écarts-types et les intervalles de confiance furent ramenés sur une base de 100. Les résultats semblent révéler trois domaines sensiblement moins connus: la nutrition (35 %), les premiers soins (39 %) et la contraception (45 %). Les deux premiers correspondent d'ailleurs à des thèmes privilégiés par les répondants (6). On peut déterminer un second groupe de domaines où les connaissances apparaissent relativement bonnes: les connaissances générales (55%), les

M.T.S. (57 %) et les connaissances diverses (57 %). Enfin, les questions sur la santé infantile semblent bien maîtrisées par la population (76 %).

9. CONCLUSION:

La façon de procéder pour tirer des conclusions sur les connaissances de la population consistera, dans un premier temps, à identifier les situations problématiques dans l'ordre où elles apparaissent dans le texte. Ces situations problématiques peuvent être des indicateurs de besoins d'information ou d'éducation sanitaire et feront l'objet d'une analyse stratégique (étape correspondant au module #7 de la recherche).

Dans un second temps, nous tenterons de rédiger les conclusions générales qui ressortent le plus clairement du présent module.

9.1 Liste des situations problématiques:

Les connaissances en premiers soins apparaissent très limitées chez les adultes (note de 39 %). La question sur l'empoisonnement par un produit d'entretien fut particulièrement manquée (12.6 % de bonnes réponses). 25% des adultes n'ont obtenu aucune bonne réponse, sur 3 questions.

La moyenne de connaissances en premiers soins diminue avec l'âge et apparaît inférieure chez les retraités et les sans emploi. De plus, cette moyenne s'avère directement proportionnelle à la position sur l'échelle socio-économique. Le district de Roberval possède une note relativement basse. Si l'on considère le nombre d'accidents qui peuvent se produire à la maison, le manque de connaissances en premiers soins peut se traduire en menace à la santé.

La connaissance des méthodes contraceptives quant à elle varie significativement autour d'une moyenne assez basse (45%). Certains groupes possèdent des connaissances bien inférieures: les personnes âgées, les gens de scolarité primaire et les gens dont la source d'information principale est le "bouche-à-oreilles". Considérant le fait que plusieurs questions portaient sur des méthodes contraceptives peu populaires (et donc peu connues), la note plutôt basse (45 %) ne peut être considérée comme un symptôme de véritable problème: les méthodes les plus utilisées semblent très bien connues (de l'ordre de 80-85 %).

La situation paraît beaucoup moins reluisante en ce qui concerne la nutrition (note de 35 %): en fait, seulement le cinquième des répondants (21%) furent capables de décrire un repas équilibré. L'indice de connaissances varie passablement selon le groupe de répondants. Ainsi le niveau de connaissance diminue sensiblement après 45 ans. Les connaissances des hommes sont de beaucoup inférieures. Les gens peu scolarisés démontrent moins de connaissances en nutrition, de même que les retraités et les gens sans emploi. Les résidents du district de Roberval ont également un niveau de connaissances en nutrition inférieur à la moyenne.

Pour ce qui est du domaine de la santé infantile et du développement de l'enfant, les notes sont très bonnes (moyenne de 76 %). Aucune des trois questions ne possède un pourcentage de bonnes réponses inférieur à 75%. Les seuls groupes montrant des notes insuffisantes au test de connaissances sont les personnes âgées (47 %) et les retraités. Dans le sens où les personnes âgées n'ont plus de responsabilités envers de jeunes enfants et où ce manque de connaissances peut refléter une philosophie éducative périmée, ce champ de connaissances ne présente pas de problèmes évidents.

La question des maladies vénériennes semble également assez bien connue (note moyenne de 57 %). Certains énoncés cependant sont très peu connus: la moitié des répondants croit qu'on peut attraper une gonorrhée sur un siège de toilettes contaminé, près des trois quarts croient qu'une victime de MTS montre nécessairement des symptômes. Le niveau de connaissances fluctue évidemment selon l'âge des individus et diminue de moitié chez les personnes âgées. De même les gens sous-scolarisés sont moins avertis dans ce domaine. A part les deux points mentionnés, il ne semble pas y avoir de manque de connaissances majeur sur les M.T.S.

Dans le bloc des connaissances diverses, certains énoncés apparaissent plus problématiques. Les signes de consommation de drogue (en général 33 % de bonnes réponses) sont peu connus, particulièrement chez les 45-64 (20%) et les 65 ans et plus (5 %). Le fait que la fluoration de l'eau réduise la carie de plus de 50 % est aussi peu connu (40 %). Enfin, moins de la moitié (47 %) des adultes ont pu décrire correctement une technique de relaxation. Les autres questions étaient relativement bien connues.

Le niveau de connaissances générales, qui constitue l'indice le plus important de la présente recherche, apparaît relativement satisfaisant (environ 55 %). Plusieurs hypothèses de recherche furent confirmées. Ainsi, le niveau de connaissances diminue avec l'âge (40 % chez les personnes âgées). Le niveau de connaissance des hommes est légèrement inférieur à celui des femmes (51% contre 56 %). Le niveau de connaissances générales s'avère

directement proportionnel à la scolarité atteinte et au statut socio-économique, ce qui ne surprend personne. Les retraités et les sans emploi, deux groupes peu scolarisés, ont obtenu des notes significativement inférieures.

Les résultats sur le test de Pap s'avèrent en général semblables à ceux de l'Enquête Santé-Canada. Cependant, chez les groupes de femmes plus jeunes, le pourcentage de femmes de la région ayant subi un test depuis moins d'un an est inférieur au chiffre canadien.

Dans le cas de l'auto-examen des seins, le comportement des femmes de la région apparaît assez semblable à celui de l'ensemble des Canadiennes. Cependant, le pourcentage de femmes qui ne le pratiquent jamais parce qu'elle ne savent pas comment faire est trois fois plus élevé (18 % contre 6 %) : ce qui pourrait révéler un besoin d'éducation sanitaire. La fréquence de l'auto-examen varie sensiblement selon la scolarité : les femmes sous-scolarisées le font moins souvent. Cette fréquence varie aussi selon le district socio-sanitaire : l'auto-examen est beaucoup moins répandu à Dolbeau.

Par rapport à la fluoration de l'eau, l'enquête révèle un certain nombre de faits troublants. D'abord, la plupart des gens qui habitent une municipalité non fluorée croient, à tort, qu'elle l'est (55 %). Un autre 21% avouent ne pas le savoir. De plus, à peine 40 % des adultes savent que la fluoration réduit de plus de 50 % la carie, d'où ignorance de l'utilité première d'un programme de fluoration. Enfin, la plupart des répondants sont plutôt favorables à la fluoration estimant qu'elle possède plus d'avantages que d'inconvénients; la proportion de sans opinion apparaît élevée. Ces données suggèrent une stratégie de marketing évidente : 1- publiciser les avantages; 2- apprendre aux gens qu'ils ne bénéficient actuellement pas de l'eau fluorée; 3- axer la campagne sur les indécis.

9.2 Conclusions générales:

Pour ce qui est du module portant sur les connaissances de la population dans le domaine socio-sanitaire, la plupart de nos hypothèses de départ sont confirmées.

Ainsi le niveau de connaissance des participants diminue sensiblement en vieillissant. Ce phénomène doit être relié au fait, que les connaissances augmentent en fonction de la scolarité, comme les gens âgés sont moins scolarisés...

De même, et possiblement pour les mêmes raisons, le niveau de connaissance, dans plusieurs domaines, varie selon le statut socio-économique: les connaissances étant plus élevées dans les classes supérieures.

Enfin, les différences entre les hommes et les femmes se sont avérées moins fortes que prévu.

Bref, le module #5 a révélé certaines lacunes dans les connaissances socio-sanitaires de la population. Un programme d'information-éducation bien structuré pourrait contribuer à en combler quelques-unes.

ANNEXE - Tableaux

Tableau 1

ELEMENTS DE CONNAISSANCES EN PREMIER SOINS (pourcent de réponses)

Sous-populations	Brûlure mineure				Empoisonnement (Drano, Javex,...)				Asphyxie (nourriture)	
	eau froide	gras	hôpital	télé-phone	vomir	eau	hôpital	télé-phone	sais	sais pas
population globale*	53.0	36.2	3.5	7.2	35.1	12.6	18.2	34.1	53.7	46.4
1- AGE :		$\chi^2 = 31.2; p < .000$				$\chi^2 = 14.9; N.S.$			$\chi^2 = 18.0; p < .000$	
-20-24 ans	60.8	33.1	1.2	4.8	41.2	12.7	13.3	32.7	58.4	41.6
-25-44 ans	59.0	32.4	2.3	6.2	30.8	12.3	17.7	39.0	56.5	43.5
-45-64 ans	43.6	38.2	7.3	10.9	34.4	11.0	22.5	32.1	47.7	52.3
-65 ans et +	48.3	36.2	6.9	7.5	29.8	17.5	22.8	29.8	31.0	69.0
2-SEXE :		$\chi^2 = 12.8; p < .01$				$\chi^2 = 6.6; N.S.$			$\chi^2 = .01; N.S.$	
-masculin	47.1	42.1	3.6	7.2	38.7	13.5	17.2	30.7	54.0	46.0
-féminin	59.0	30.3	3.3	7.2	31.4	11.7	19.2	37.5	53.3	46.7
3-STATUE SOC-ECON:		$\chi^2 = 12.1; N.S.$				$\chi^2 = 12.1; N.S.$			$\chi^2 = 17.4; p < .001$	
-inférieur	52.0	34.6	5.1	8.1	30.8	13.3	19.6	36.1	47.2	52.8
-moy-inférieur	55.6	34.9	3.2	6.3	41.9	26.1	9.7	32.3	59.0	41.0
-moy-supérieur	56.9	37.1	1.7	4.3	38.1	8.0	15.9	38.1	57.4	42.6
-supérieur	59.4	36.5	0.0	4.2	37.2	12.8	23.4	26.6	69.1	30.9
4-SCOLARITE:		$\chi^2 = 19.8; p < .01$				$\chi^2 = 17.5; p < .05$			$\chi^2 = 21.6; p < .000$	
-primaire	50.3					15.0			41.1	
-secondaire	52.7					10.0			51.9	
-collège	69.8					17.4			64.3	
-université	51.4					12.3			63.8	

*Corrigé mathématiquement pour la surreprésentation féminine.

La colonne unique de données de la partie 4 du tableau (scolarité) Indique la bonne réponse.

Tableau 2

CONNAISSANCES EN PREMIERS SOINS

Sous-population	Moyenne	Note en %	Ecart-type	N	Analyse de variance
Population globale	1.157	(38.6)	0.852	971	
AGE:					
- 20-24 ans	1.319	(44.0)	0.874	166	F = 10.71 p < .000
- 25-44 ans	1.247	(41.6)	0.831	493	
- 45-64 ans	0.978	(32.6)	0.821	228	
- 65 ans et +	0.836	(27.9)	0.846	67	
SEXE:					
- masculin	1.121	(37.4)	0.826	282	F = 1.43 N.S.
- féminin	1.193	(39.8)	0.856	659	
SCOLARITE:					
- primaire	1.000	(33.3)	0.772	172	F = 12.21 p < .000
- secondaire	1.117	(37.2)	0.842	506	
- collégial	1.500	(50.0)	0.858	174	
- université	1.202	(40.1)	0.847	84	
OCCUPATION PRINCIPALE:					
- au foyer	1.181	(39.4)	0.822	403	F = 6.44 p < .000
- chômage	1.142	(38.1)	0.852	127	
- sans emploi	0.844	(28.1)	0.808	32	
- étudiant	1.762	(58.7)	0.995	21	
- retraité	0.780	(26.0)	0.852	59	
- travail	1.286	(42.9)	0.850	210	
STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:					
- classe inférieure	1.076	(35.9)	0.877	450	F = 4.39 p < .01
- classe moy. inf.	1.286	(42.9)	0.869	63	
- classe moy. sup.	1.205	(40.1)	0.783	117	
- classe supérieure	1.396	(46.5)	0.876	96	
DISTRICT SOCIO-SANITAIRE:					
- Chibougamau	1.306	(43.5)	0.852	157	F = 2.71 p < .05
- Roberval	1.068	(35.6)	0.820	264	
- Dolbeau	1.146	(38.2)	0.896	246	
- Alma	1.189	(39.6)	0.824	264	
UTILISATION DU CLSC:					
- souvent	1.100	(36.7)	0.852	20	F = 1.97 N.S.
- parfois	1.130	(37.7)	0.833	77	
- rarement	1.261	(42.0)	0.844	356	
- jamais	1.118	(37.3)	0.858	416	

Tableau 3

PROFIL DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES
(pourcentage de répondants assez informés)

Méthodes	DSC*	AGE				SEXE		STATUT SOCIO-ECONOMIQUE			
		20-24	25-44	45-64	65 +	M	F	Inf.	Moy- Inf.	Moy- sup.	Sup.
Pilule	83.8	84.0	89.6	72.4	72.0	80.5	87.0	80.2	85.0	92.0	94.7
Condom	81.1	77.6	83.8	75.3	76.0	81.7	80.6	78.6	79.3	86.6	92.5
Stérilet	65.6	49.7	73.1	63.0	75.0	62.8	68.4	66.8	72.4	58.6	87.2
Vasectomie	61.4	44.2	68.6	63.7	80.0	56.6	66.2	56.8	71.7	65.2	80.9
Ogino	35.3	14.4	38.5	55.6	56.0	29.0	41.6	33.5	33.3	34.8	61.7
Billings	18.0	11.7	20.0	22.7	28.0	15.1	20.8	16.7	14.3	17.1	38.0
Diaphragme	38.0	38.7	38.7	33.6	41.7	35.3	39.0	38.8	44.8	36.0	55.3
Mousse spermicide	43.0	42.3	48.1	36.8	54.2	37.9	48.0	46.3	41.4	46.4	57.0
Ovules	46.0	41.7	45.1	46.1	70.8	47.3	44.7	44.8	48.3	44.1	63.4
Sympto-thermique	51.9	39.5	56.5	56.8	60.0	47.3	56.5	45.5	58.6	51.4	68.1
Pilule du lendemain	32.8	30.7	34.1	30.1	52.0	31.3	34.1	34.2	41.4	34.2	40.9
Coïtus interruptus	58.0	47.9	64.3	55.2	64.0	54.4	61.5	57.0	55.2	60.4	74.2

*Donnée corrigée mathématiquement pour la surreprésentation féminine.

Tableau 4

SOURCE D'INFORMATION SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES

SOURCES	DSC		AGE (%)				SEXE (%)		STATUT SOC-ECON. (%)			
	N	%	20-24	25-44	45-64	65 +	M	F	Inf.	M-Inf	M-sup	Sup.
Amis parenté	107	(12.4)	24.2	9.9	8.9	12.5	15.0	11.4	16.4	10.2	11.7	7.7
Informa- tion écrite	286	(33.2)	26.8	35.9	32.6	25.0	35.8	32.0	29.8	39.0	39.6	48.4
Médecin	366	(42.5)	31.2	45.4	44.2	43.8	33.5	46.1	43.1	28.8	43.2	22.0
Infirmiè- re	19	(2.2)	5.7	1.1	2.6	0.0	2.4	2.2	1.3	5.1	0.0	4.4
Sexologue	13	(1.5)	2.5	1.3	1.6	0.0	3.9	0.5	1.8	6.8	0.9	0.0
Autres	71	(8.2)	9.6	6.5	10.0	18.8	9.4	7.8	7.6	10.2	8.9	17.6

 $\chi^2 = 52.7$ $p < .000$ $\chi^2 = 23.4$ $p < .000$ $\chi^2 = 54.7$ $p < .000$

Tableau 5

CONNAISSANCES EN CONTRACEPTION

Sous-population	Moyenne	Note en %	Ecart-type	N	Analyse de variance
Population globale	5.330	(44.4)	3.905	971	
AGE:					
- 20-24 ans	5.139	(42.8)	3.425	166	F = 32.5 p < .0001
- 25-44 ans	6.387	(53.3)	3.467	493	
- 45-64 ans	4.158	(34.7)	4.200	228	
- 65 ans et +	2.687	(22.4)	4.215	67	
SEXE:					
- masculin	4.975	(40.8)	3.767	282	F = 4.04 p < .05
- féminin	5.530	(46.1)	3.923	659	
SCOLARITE:					
- primaire	3.820	(31.8)	4.317	172	F = 25.1 p < .001
- secondaire	5.253	(43.8)	3.623	506	
- collégial	6.402	(53.3)	3.709	174	
- université	7.667	(63.9)	2.991	84	
OCCUPATION PRINCIPALE:					
- au foyer	5.342	(44.5)	3.801	403	F = 11.9 p < .0001
- chômage	5.339	(44.5)	3.539	127	
- sans emploi	3.656	(30.5)	3.562	32	
- étudiant	7.286	(60.8)	3.019	21	
- retraité	3.119	(26.0)	4.263	59	
- travail	6.657	(55.5)	3.414	210	
STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:					
- classe inférieure	4.789	(39.9)	4.045	450	F = 19.2 p < .0001
- classe moy. inf.	6.063	(50.5)	3.847	63	
- classe moy. sup.	5.991	(49.9)	3.542	117	
- classe supérieure	7.927	(66.1)	2.967	96	
SOURCE D'INFORMATION:					
- amis-parenté	3.645	(30.4)	3.124	107	F = 15.5 p < .0001
- information écrite	6.979	(58.2)	3.412	286	
- médecin	5.391	(44.9)	3.539	366	
- infirmière	6.842	(57.0)	4.220	19	
- sexologue	5.538	(46.2)	3.971	13	
- autre	6.085	(50.8)	4.532	71	

District socio-sanitaire: F = 1.21; N.S.
Utilisation du C.L.S.C.: F = 1.70; N.S.

Tableau 6

ELEMENTS DE CONNAISSANCES EN NUTRITION

Sous-population	Groupes alimentaires				Repas équilibrés			
	4 groupes		Incorrect		Correct		Incorrect	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Population échantillonnale	385	(42.1)	529	(57.9)	227	(24.1)	715	(75.9)
Population du DSC*		(39.2)		(60.1)		(21.1)		(78.9)
AGE:		$\chi^2=13.7$; $p<.01$				$\chi^2=20.1$; $p<.001$		
- 20-24 ans	79	(48.2)	85	(51.8)	37	(22.3)	129	(77.7)
- 25-44 ans	219	(45.2)	266	(54.8)	143	(29.2)	346	(70.8)
- 45-64 ans	70	(32.9)	143	(67.1)	31	(13.9)	192	(86.1)
- 65 ans et +	17	(32.7)	35	(67.9)	16	(25.0)	48	(75.0)
SEXE:		$\chi^2=21.2$; $p<.0001$				$\chi^2=24.9$; $p<.0001$		
- masculin	85	(30.8)	191	(61.2)	37	(13.3)	241	(83.6)
- féminin	296	(47.5)	327	(52.5)	188	(28.9)	463	(31.1)
SCOLARITE:		$\chi^2=40.1$; $p<.001$				$\chi^2=21.3$; $p<.0001$		
- primaire	48	(31.6)	104	(68.4)	29	(17.3)	139	(82.7)
- secondaire	183	(37.3)	308	(62.7)	105	(20.8)	399	(79.2)
- collégial	104	(60.1)	69	(39.9)	54	(31.4)	118	(68.6)
- universitaire	45	(54.9)	37	(45.1)	31	(38.3)	50	(61.7)
STATUT SOCIO-ECONO:		$\chi^2=18.0$; $p<.001$				$\chi^2=17.4$; $p<.001$		
- classe inférieure	162	(38.4)	260	(61.6)	94	(21.2)	350	(78.8)
- classe moy-inf.	25	(40.3)	37	(59.7)	9	(14.3)	54	(85.7)
- classe moy-sup.	41	(36.3)	72	(63.7)	23	(19.7)	94	(80.3)
- classe supérieure	58	(61.1)	37	(38.9)	36	(38.7)	57	(61.3)
DISTRICT SOCIO-SANITAIRE		$\chi^2=4.81$; N.S.				$\chi^2=11.6$; $p<.01$		
- Chibougamau	65	(43.9)	83	(56.1)	43	(27.7)	112	(72.3)
- Roberval	92	(36.7)	159	(63.3)	45	(17.4)	214	(82.6)
- Dolbeau	106	(44.9)	130	(55.1)	72	(29.6)	171	(70.4)
- Alma	115	(44.9)	141	(55.1)	62	(23.7)	200	(76.3)

* Corrigé mathématiquement pour la surreprésentation féminine.

** Test du chi-carré avec correction de Yates.

Tableau 7

CONNAISSANCES EN NUTRITION

Sous-population	Moyenne	Note en %	Ecart-type	N	Analyse de variance
Population globale	0.690	(34.5)	0.770	949	
AGE:					
- 20-24 ans	0.756	(37.8)	0.776	164	F = 7.8 p < .001
- 25-44 ans	0.781	(39.1)	0.771	479	
- 45-64 ans	0.504	(25.2)	0.709	224	
- 65 ans et +	0.561	(28.1)	0.787	66	
SEXE:					
- masculin	0.486	(24.3)	0.657	278	F = 30.3 p < .000
- féminin	0.783	(39.2)	0.793	642	
SCOLARITE:					
- primaire	0.497	(24.9)	0.725	169	F = 13.6 p < .000
- secondaire	0.633	(31.7)	0.759	496	
- collégial	0.940	(47.0)	0.774	167	
- université	0.927	(46.4)	0.699	82	
OCCUPATION					
- au foyer	0.689	(34.4)	0.790	392	F = 5.8 p < .000
- chômage	0.638	(31.9)	0.686	127	
- sans emploi	0.250	(12.5)	0.440	32	
- étudiant	1.190	(59.5)	0.512	21	
- retraité	0.569	(28.5)	0.797	58	
- travail	0.836	(41.8)	0.805	201	
DEJEUNER:					
- tous les jours	0.736	(32.8)	0.774	719	F = 3.9 p < .01
- 4-6 jours	0.729	(36.4)	0.784	59	
- 1-3 jours	0.606	(30.3)	0.783	71	
- aucun	0.442	(22.1)	0.618	77	
STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:					
- classe inférieure	0.637	(31.9)	0.748	441	F = 6.1 p < .001
- classe moy. inf.	0.586	(29.3)	0.773	58	
- classe moy. sup.	0.621	(31.0)	0.706	116	
- classe supérieure	0.989	(49.5)	0.800	90	
DISTRICT:					
- Chibougamau	0.712	(35.6)	0.792	153	F = 2.55 N.S.
- Roberval	0.585	(29.3)	0.738	253	
- Dolbeau	0.573	(37.7)	0.806	243	
- Alma	0.742	(37.1)	0.740	260	

Tableau 8

ELEMENTS DE CONNAISSANCES DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

(en % de réponses correctes)

Sous-population	Lait protecteur		A l'éveil de bébé		Utiliser un parc	
Echantillon interrogé	743	(81.1%)	685	(75.1%)	753	(82.9%)
Population du DSC*		(79.1%)		(74.5%)		(82.0%)
AGE:	$\chi^2=6.5$; N.S.		$\chi^2=39.6$ p<.000		$\chi^2=53.4$; p<.000	
- 20-24 ans	121	(74.7%)	133	(82.1%)	141	(87.0%)
- 25-44 ans	396	(82.2%)	391	(80.1%)	432	(89.1%)
- 45-64 ans	173	(82.0%)	132	(63.8%)	148	(71.8%)
- 65 ans et +	45	(88.2%)	23	(51.1%)	26	(57.8%)
SEXE:	$\chi^2=19.3$; p<.000		$\chi^2=2.3$; N.S.		$\chi^2=4.9$; N.S.*	
- masculin	193	(72.8%)	192	(72.2%)	208	(78.8%)
- féminin	534	(85.3%)	477	(76.7%)	538	(85.2%)
STATUT SOCIO-ECONO:	$\chi^2=21.5$; p<.0001		$\chi^2=10.5$; N.S.*		$\chi^2=1.8$; N.S.	
- inférieur	333	(79.5%)	288	(70.4%)	326	(79.9%)
- moy-inférieur	44	(77.2%)	48	(77.4%)	50	(82.0%)
- moy-supérieur	81	(70.4%)	96	(82.8%)	96	(83.5%)
- supérieur	90	(95.7%)	77	(81.1%)	80	(85.1%)
SCOLARITE:	$\chi^2=11.2$; N.S.*		$\chi^2=19.2$; p<.001		$\chi^2=12.9$; p<.01	
- primaire	131	(84.0%)	98	(65.3%)	110	(73.3%)
- secondaire	379	(77.5%)	363	(74.5%)	412	(84.8%)
- collégial	137	(83.0%)	145	(85.3%)	145	(85.3%)
- université	76	(91.6%)	67	(81.7%)	70	(87.5%)

* Non significatif au seuil de confiance de 99%, mais significatif à 95%.

* Données ajustées en fonction de la surreprésentation féminine.

Tableau 9

CONNAISSANCES EN SANTE INFANTILE

Sous-population	Moyenne	Note en %	Ecart-type	N	Analyse de variance
Population globale	2.250	(75.0)	0.900	970	
AGE:					
- 20-24 ans	2.380	(79.3)	0.701	166	F = 44.3 p < .0001
- 25-44 ans	2.481	(82.7)	0.750	493	
- 45-64 ans	1.987	(66.2)	0.995	228	
- 65 ans et +	1.403	(46.7)	1.074	67	
SEXE:					
- masculin	2.103	(70.1)	0.920	282	F = 13.8 p < .001
- féminin	2.341	(78.0)	0.877	659	
SCOLARITE:					
- primaire	1.971	(65.7)	1.073	172	F = 12.2 p < .001
- secondaire	2.289	(76.3)	0.842	506	
- collégial	2.454	(81.8)	0.780	174	
- université	2.536	(84.5)	0.685	84	
OCCUPATION:					
- au foyer	2.315	(77.2)	0.885	403	F = 11.2 p < .001
- chômage	2.189	(73.0)	0.804	127	
- sans emploi	2.281	(76.0)	0.772	32	
- étudiant	2.333	(77.7)	0.658	21	
- retraité	1.644	(54.8)	1.047	59	
- travail	2.538	(84.6)	0.692	210	
STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:					
- classe inférieure	2.104	(70.1)	0.951	450	F = 8.28 p < .001
- classe moy. inf.	2.317	(77.2)	1.013	63	
- classe moy. sup.	2.333	(77.7)	0.743	117	
- classe supérieure	2.573	(85.8)	0.677	96	
DISTRICT:					
- Chibougamau	2.274	(75.8)	0.896	157	F = 2.08 N.S.
- Roberval	2.189	(73.0)	0.932	264	
- Dolbeau	2.224	(74.1)	0.923	246	
- Aima	2.371	(79.0)	0.803	264	
UTILISATION DU CLSC:					
- souvent	2.000	(66.7)	0.973	20	F = 2.72 N.S.
- parfois	2.377	(79.2)	0.779	77	
- rarement	2.388	(79.6)	0.853	356	
- jamais	2.243	(74.8)	0.859	416	

* Non significatif au seuil de confiance de 99%, mais significatif à 95%.

Tableau 10

ELEMENTS DE CONNAISSANCES SUR LES M.T.S.

(pourcentage de répondants ayant la bonne réponse).

ENONCES	DSC	AGE				SEXE		STATUT SOCIO-ECONOMIQUE			
		20-24	25-44	45-64	65 +	H	F	Inf.	Moy- Inf.	Moy- sup.	Sup.
1-Se laver après une relation sexuelle enlève le risque d'attrapper une maladie vénérienne (F)	73.0	69.4	78.1	67.5	63.8	66.1	76.6	68.0	69.4	78.9	82.8
2-On peut attrapper la gonorrhée sur un siège de toilette contaminé (F)	50.5	56.0	55.8	40.5	23.4	48.3	51.6	47.0	55.0	51.4	63.4
3-Des contacts sexuels avec des partenaires différents augmentent le risque d'attrapper une maladie vénérienne (V)	97.1	96.9	96.9	98.2	93.8	95.9	97.5	97.4	93.5	98.2	95.8
4-Une personne ayant une maladie vénérienne possède nécessairement certains symptômes: pertes vaginales, douleur en urinant, verrues ou boutons, ... (F)	25.5	17.1	32.0	21.2	9.1	24.3	26.3	21.4	32.8	30.6	39.8
5-Le traitement de la gonorrhée ou de la syphilis est très efficace (prise à temps, la personne guérit) (V)	92.3	90.5	93.1	90.3	100	94.4	91.4	90.6	98.3	95.5	91.6
6-Il n'y a pas de danger à attendre avant de faire soigner une gonorrhée ou une syphilis (F)	94.2	98.8	95.4	91.0	81.6	94.1	94.5	93.6	90.0	99.1	99.0

N.B.: Après chaque énoncé, la bonne réponse est inscrite entre parenthèses.

Tableau 11

CONNAISSANCES SUR LES M.T.S.

Sous-population	Moyenne	Ecart-type	N	Analyse variance
Population globale	3.368	1.270	971	
AGE:				
- 20-24 ans	3.578	1.040	166	F = 59.2 p < .0000
- 25-44 ans	3.696	1.069	493	
- 45-64 ans	3.044	1.248	228	
- 65 ans et +	1.881	1.493	67	
SEXE:				
- masculin	3.351	1.274	282	F = 0.37 N.S.
- féminin	3.405	1.238	659	
SCOLARITE:				
- primaire	2.855	1.367	172	F = 20.6 p < .0001
- secondaire	3.429	1.141	506	
- collégial	3.736	1.197	174	
- université	3.845	1.058	84	
OCCUPATION:				
- au foyer	3.422	1.216	403	F = 17.2 p < .0001
- chômage	3.504	1.023	127	
- sans emploi	3.344	1.234	32	
- étudiant	3.905	0.995	21	
- retraité	2.220	1.521	59	
- travail	3.776	1.027	210	
STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:				
- classe inférieure	3.187	1.376	450	F = 8.4 p < .001
- classe moy-inférieure	3.683	0.981	63	
- classe moy-supérieure	3.581	1.093	117	
- classe supérieure	3.750	1.095	96	
DISTRICT:				
- Chibougamau	3.484	1.164	157	F = 4.5 p < .01
- Roberval	3.231	1.289	264	
- Dolbeau	3.309	1.236	246	
- Alma	3.591	1.163	264	
UTILISATION DU CLSC:				
- souvent	2.750	1.251	20	F = 3.4 p < .05
- parfois	3.494	0.982	77	
- rarement	3.539	1.218	356	
- jamais	3.377	1.230	416	

Tableau 12

ELEMENTS DE CONNAISSANCES DIVERS

(en pourcentage en bonnes réponses)

ENONCES	DSC (%)	AGE				SEXE	
		20-24	25-44	45-64	65 +	H	F
1- Enoncé VRAI sur la vaccination la rubéole est dangereuse chez une femme enceinte.	89.9	94.4	92.5	83.6	78.7	87.6	91.3
2- A quoi sert la vaccination: diminuer le risque d'attrapper une maladie.	95.4	93.3	96.3	96.8	86.3	94.5	95.9
3- Capable de nommer un vrai signe de consommation de drogue chez un jeune.	32.8	42.2	34.0	20.2	4.6	35.5	30.1
4- Perception de ses connaissances sur les toxicomanies.	39.5	53.0	37.4	28.9	28.8	43.6	35.4
5- Ménopause: arrêt de la période de fertilité chez la femme.	69.7	69.1	71.4	66.7	66.1	68.8	69.9
6- Symptôme de ménopause: perturbation du cycle menstruel.	89.6	85.4	94.2	89.6	84.3	86.0	93.1
7- VRAI: la fluoruration de l'eau réduit de moitié les risques de carie.	40.7	36.6	40.7	42.3	47.3	40.1	41.3
8- Seul aliment cariogène dans la liste, le miel.	66.4	70.9	73.9	59.6	66.1	59.3	73.4
9- Meilleure prévention du cancer du sein: auto-examen mensuel.	65.2	64.0	70.8	62.6	55.4	60.5	69.8
10- N'est pas un facteur de risque de cancer dans la liste: aucun, ce sont tous des risques.	66.3	58.9	65.8	75.0	77.2	63.6	69.0
11- Connaît une véritable technique de relaxation.	46.9	48.4	48.9	47.8	56.4	41.0	52.8

1 Données ajustées mathématiquement pour la surreprésentation féminine.

Tableau13

CONNAISSANCES GENERALES

Sous-population	Moyenne	Note en %	Ecart-type	N	Analyse de variance
Population globale	53.896	(55.0)	15.770	944	
AGE:					
- 20-24 ans	55.665	(56.8)	14.394	164	F = 45.6 p < .0000
- 25-44 ans	57.761	(58.9)	13.389	482	
- 45-64 ans	47.230	(48.2)	16.313	226	
- 65 ans et +	40.032	(40.8)	18.716	62	
SEXE:					
- masculin	50.236	(51.3)	15.243	275	F = 19.1 p < .0001
- féminin	55.157	(56.3)	15.807	645	
SCOLARITE:					
- primaire	45.107	(46.0)	17.040	168	F = 42.7 p < .0000
- secondaire	53.000	(54.1)	13.772	494	
- collégial	60.825	(62.1)	15.065	171	
- université	62.205	(63.5)	12.954	83	
OCCUPATION:					
- au foyer	53.730	(54.8)	15.276	397	F = 18.5 p < .0001
- chômage	52.795	(53.9)	13.705	127	
- sans emploi	44.594	(45.5)	9.702	32	
- étudiant	65.900	(67.2)	11.729	20	
- retraité	42.691	(43.6)	17.056	55	
- travail	59.688	(60.9)	13.548	205	
STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:					
- classe inférieure	50.765	(51.8)	16.614	438	F = 17.7 p < .0001
- classe moy. inf.	55.254	(56.4)	15.951	59	
- classe moy. sup.	56.147	(57.3)	13.092	116	
- classe supérieure	63.196	(64.5)	13.531	92	
DISTRICT:					
- Chibougamau	55.397	(56.5)	16.120	156	F = 2.2 N.S.
- Roberval	52.222	(53.3)	16.072	252	
- Dolbeau	52.925	(54.0)	16.305	241	
- Alma	55.000	(56.1)	14.075	262	
UTILISATION DU CLSC:					
- souvent	47.350	(48.3)	15.796	20	F = 4.0 p < .01
- parfois	55.766	(56.9)	13.857	77	
- rarement	55.954	(57.1)	15.670	346	
- jamais	52.914	(54.0)	15.321	408	

Tableau 14

DERNIER TEST DE PAPANICOLAOU

Sous-population	Moins d'un an DSC Canada			1 à 2 ans DSC Canada			Plus de 2 ans DSC Canada			Jamais DSC Canada			Ne sais pas DSC Canada		
	N	(%)	%	N	(%)	%	N	(%)	%	N	(%)	%	N	(%)	%
POPULATION GLOBALE	299	(40.1)	44.8	133	(17.9)	19.4	207	(27.8)	16.5	79	(10.6)	13.6	27	(3.6)	5.5
AGE:															
- 20-24 ans	59	(50.9)	62.4	17	(14.7)	13.7	15	(12.9)	3.3	23	(19.8)	17.4	2	(1.7)	3.2
- 25-44 ans	176	(45.5)	55.8	72	(18.6)	21.9	104	(26.9)	13.7	29	(7.5)	5.7	6	(1.6)	3.0
- 45-64 ans	54	(29.8)	35.7	39	(21.5)	21.7	64	(35.4)	23.8	13	(7.2)	11.9	11	(6.1)	6.9
- 65 ans et +	9	(18.0)	14.6	3	(6.0)	13.6	21	(42.0)	23.3	12	(24.0)	36.1	5	(10.0)	12.4
SCOLARITE:															
- primaire	40	(29.9)	41.1	27	(20.1)	19.9	50	(37.3)	17.8	13	(9.7)	14.4	4	(3.0)	6.8
- secondaire	168	(41.3)		74	(18.2)		113	(27.8)		40	(9.8)		12	(2.9)	
- collège	59	(45.4)	54.9	21	(16.2)	18.3	30	(23.1)	12.8	15	(11.5)	11.8	5	(3.8)	2.2
- université	26	(50.0)		9	(17.3)		9	(17.3)		8	(15.4)		0		
STATUT SOC.-ECON:															
- Inférieur	130	(38.0)		59	(17.3)		93	(27.2)		42	(12.3)		18	(5.3)	
- moy-inférieure	11	(34.4)		8	(25.0)		10	(31.3)		1	(3.1)		2	(6.3)	
- moy-supérieure	36	(43.4)		16	(19.3)		18	(21.7)		10	(12.0)		3	(3.6)	
- supérieur	26	(43.3)		11	(18.3)		12	(20.0)		10	(16.7)		1	(1.7)	
DISTRICT:															
- Chibougamau	70	(58.3)		22	(18.3)		22	(18.3)		4	(3.3)		2	(1.7)	
- Roberval	97	(47.5)		28	(13.7)		58	(28.4)		15	(7.4)		6	(2.9)	
- Dolbeau	59	(31.1)		35	(18.4)		65	(34.2)		23	(12.1)		8	(4.2)	
- Alma	64	(31.1)		42	(20.4)		57	(27.7)		34	(16.5)		9	(4.4)	

Tableau 15

EXAMEN DES SEINS PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTE

Sous-population	2 ans et moins		Plus de 2 ans		Jamais		Test statistiques
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Population globale	345	46.3	188	(25.3)	190	(25.5)	
AGE:							
- 20-24 ans	45	48.2	22	19.3	35	(30.7)	$\chi^2=18.9$ $p<.01$
- 25-44ans	195	50.3	95	24.5	86	(22.2)	
- 45-64 ans	78	43.1	54	29.8	44	(24.3)	
- 65 ans et +	15	28.3	13	24.5	23	(43.4)	
SCOLARITE:							
- primaire	40	37.3	38	28.4	43	(32.1)	$\chi^2=19.7$ $p<.01$
- secondaire	185	45.6	101	24.9	108	(26.6)	
- collégial	73	56.2	32	24.6	23	(17.7)	
- université	31	59.7	11	21.2	10	(19.2)	
STATUT SOC-ECON.:							
- classe inférieure	147	42.8	87	25.3	100	(29.1)	$\chi^2=9.3$ N.S.
- classe moy-inf.	17	54.9	10	32.3	3	(9.7)	
- classe moy-sup.	38	47.0	20	24.7	22	(27.2)	
- classe supérieure	35	58.3	13	21.7	12	(20.0)	
DISTRICT:							
- Chibougamau	72	(60.0)	32	(26.7)	14	(11.7)	$\chi^2=21.5$ $p<.01$
- Roberval	91	(44.4)	52	(25.4)	55	(26.8)	
- Dolbeau	80	(41.6)	55	(28.6)	54	(28.1)	
- Alma	91	(45.0)	39	(19.3)	63	(31.2)	

* Ont été exclus des analyses les répondants ayant indiqué NE SAIS PAS (2.8% de l'échantillon).

Tableau 16

FREQUENCE DE L'AUTO-EXAMEN DES SEINS

Sous-population	Mensuel		2 à 3 mois		Moins souvent		Jamais		Test statistique
	DSC	Canada	DSC	Canada	DSC	Canada	DSC	Canada	
	N (%)		N (%)		N (%)		N (%)		
Echantillon global Population DSC*	157 (21.2) (20.9)	22.9	165 (22.3) (22.5)	22.5	175 (23.6) (23.4)	19.5	244 (32.9) (33.1)	32.7	
AGE:									
- 20-24 ans	16 (14.0)	21.9	24 (21.2)	20.6	31 (27.2)	20.8	43 (37.7)	35.3	$\chi^2=16.8$ N.S.
- 25-44 ans	87 (22.5)	23.6	98 (25.3)	24.8	84 (21.7)	21.6	118 (30.5)	26.8	
- 45-64 ans	38 (21.2)	25.1	34 (19.0)	22.9	51 (28.5)	18.2	56 (31.3)	30.4	
- 65 ans et +	13 (25.0)	17.5	8 (15.4)	17.2	7 (13.5)	14.4	24 (46.1)	45.8	
SCOLARITE:									
- primaire	22 (16.5)		23 (17.3)		31 (23.3)		57 (42.8)		$\chi^2=21.5$ $p<.05$
- secondaire	94 (23.1)		88 (21.6)		91 (22.4)		134 (33.0)		
- collège	24 (18.5)		41 (31.5)		32 (24.6)		33 (25.4)		
- université	14 (28.0)		11 (22.0)		16 (32.0)		9 (18.0)		
STATUT SOC.-ECON.									
- inférieur	78 (22.7)		55 (16.0)		81 (23.6)		129 (37.6)		$\chi^2=32.7$ $p<.001$
- moy-inférieur	8 (25.8)		13 (41.9)		4 (12.9)		6 (19.4)		
- moy-supérieur	11 (13.6)		21 (25.9)		20 (24.7)		29 (35.8)		
- supérieur	15 (25.0)		21 (35.0)		16 (26.7)		8 (13.4)		
DISTRICT:									
- Chibougamau	34 (28.6)		28 (23.5)		29 (24.4)		28 (23.5)		$\chi^2=26.9$ $p<.01$
- Roberval	39 (19.3)		59 (29.2)		38 (18.8)		66 (32.7)		
- Dolbeau	33 (17.1)		29 (15.1)		55 (28.6)		75 (39.1)		
- Alma	45 (22.2)		45 (22.2)		47 (23.2)		70 (32.5)		

*Ajusté mathématiquement pour les différences entre les districts.

Tableau 17

CONNAISSANCE DU STATUT DE FLUORATION DE SA MUNICIPALITE.
(l'eau de votre municipalité est-elle fluorée?)

Type de municipalité	N	(%)	oui N	fluorée (%)	non N	Ne sais pas (%)
Municipalités fluorées	80	(72.7)	15	(13.6)	15	(13.6)
-Roberval	77	(78.6)	6	(6.10)	15	(15.3)
- St-Méthode	3	(25.0)	9	(75.0)	0	
Municipalité non-fluorées	447	(55.2)	190	(23.5)	173	(21.4)

Tableau 18

UTILISATION DE PÂTE-A-DENTS FLUORÉE

Sous-population	Oui		Non		Ne sais pas		Test statistiques
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Population globale	742	(78.2)	156	(16.4)	51	(5.4)	
AGE:							
- 20-24 ans	142	(85.5)	15	(9.0)	9	(5.4)	$\chi^2=47.9$ $p<.0000$
- 25-44ans	402	(82.0)	62	(12.7)	26	(5.3)	
- 45-64 ans	161	(72.9)	49	(22.2)	11	(5.0)	
- 65 ans et +	32	(51.6)	26	(41.9)	4	(6.5)	
SEXE:							
- masculin	213	(76.6)	49	(17.6)	16	(5.8)	$\chi^2=0.46$ N.S.
- féminin	508	(78.6)	104	(16.1)	34	(5.3)	
STATUT SOC-ECON.:							
- inférieur	321	(73.6)	85	(19.5)	30	(6.9)	$\chi^2=19.4$ $p<.01$
- moy-inférieur	52	(82.5)	9	(14.3)	2	(3.2)	
- moy-supérieur	102	(87.2)	11	(9.4)	4	(3.4)	
- supérieur	86	(89.6)	7	(7.3)	3	(3.1)	

Tableau 19

OPINIONS SUR LA FLUORATION

Sous-population	+ avantages		Sans opinion		+ Inconvénients		Test statistiques
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Population globale	418	(44.3)	410	(43.5)	115	(12.2)	
AGE:							
- 20-24 ans	63	(38.4)	82	(50.0)	19	(11.6)	$\chi^2=12.0$ N.S.
- 25-44ans	232	(47.4)	206	(42.1)	51	(10.4)	
- 45-64 ans	98	(43.9)	87	(39.0)	38	(17.0)	
- 65 ans et +	21	(38.2)	28	(50.9)	6	(10.9)	
SEXE:							
- masculin	124	(44.8)	117	(42.2)	36	(13.0)	$\chi^2=0.5$ N.S.
- féminin	286	(44.6)	281	(43.8)	74	(11.5)	
SCOLARITE:							
- primaire	55	(34.2)	77	(47.8)	29	(18.0)	$\chi^2=33.7$ $p<.0000$
- secondaire	210	(42.3)	233	(46.9)	54	(10.9)	
- collégial	90	(51.7)	68	(39.1)	16	(9.2)	
- université	53	(63.9)	17	(20.5)	13	(15.7)	
STATUT SOC-ECON.:							
- inférieur	176	(40.9)	188	(43.7)	66	(15.3)	$\chi^2=18.1$ $p<.01$
- moy-inférieur	27	(42.9)	31	(49.2)	5	(7.9)	
- moy-supérieur	52	(45.2)	54	(47.0)	9	(7.8)	
- supérieur	58	(60.4)	30	(31.3)	8	(8.3)	
DISTRICT:							
- Chibougamau	76	(48.7)	70	(44.9)	10	(6.4)	$\chi^2=35.3$ $p<.0000$
- Roberval	122	(47.3)	110	(42.6)	26	(10.1)	
- Dolbeau	108	(46.2)	105	(44.9)	21	(9.0)	
- Alma	102	(38.9)	109	(41.9)	51	(19.5)	
BAISSE DE CARIE DE 50%:							
- Oui, exact	255	(67.3)	98	(25.9)	26	(6.9)	$\chi^2=203.1$ $p<.0000$
- Non, pas vrai	54	(32.1)	62	(36.9)	51	(31.0)	
- Ne sais pas	103	(26.9)	245	(64.0)	35	(9.1)	
EAU MIUNICIPALE FLUOREE:							
- Oui	263	(49.4)	203	(38.2)	66	(12.4)	$\chi^2=34.5$ $p<.0000$
- Non	82	(38.7)	94	(44.3)	36	(17.0)	
- Ne sais pas	67	(35.8)	111	(59.4)	9	(4.8)	

Tableau 20**COMPARAISON ENTRE LES INDICES**
(les notes ont toutes été ramenées sur 100%)

INDICE	Moyenne (sur 100)	Ecart-type	Intervalles de confiance (seuil de 95%)
Premier soins	39.0	28.4	37.2 - 40.7
Contraception	44.9	32.2	42.8 - 46.9
Nutrition	35.0	38.3	30.5 - 37.5
Santé infantile	75.8	29.0	73.9 - 77.6
Connaissances divers.	56.9	32.9	53.7 - 55.9
Connaissance en MTS	56.8	20.2	55.5 - 58.1
Connaissance génér.	54.7	16.1	53.6 - 55.7

BIBLIOGRAPHIE

1- COUTURE, R.,

Les besoins de la population adulte en information socio-sanitaire: Protocole de recherche,
Département de Santé Communautaire, Roberval, 1983, 38p.

2- ASSELIN, L.M. et BOUCHARD, P.,

Etude auprès de la population sur la décentralisation dans les C.R.S.S.S. au Québec,
MAS: service des études sociales, Québec, 1980, 206 p.

3- COUTURE, R.,

Enquête en nutrition auprès des adolescents du secondaire et du collégial,
Département de Santé Communautaire, Roberval, 1985, 170 p.

4- BOUCHARD, D.,

Les connaissances sur les MTS chez les adolescents du secondaire,
Département de Santé Communautaire, Roberval, 1978, 26 p.

5- DEMERS-LANGEVIN, N. et NOEL, P.,

Connaissances et Interrogations des étudiants du niveau secondaire concernant la nutrition,
D.S.C., Hauterive, 1977, 35 p.

6- COUTURE, R.,

Les besoins de la population adulte en information socio-sanitaire - Module #3: Les champs d'intérêt,
Département de Santé Communautaire, Roberval, 1984, 56 p.

- 7- COUTURE, R.,
Etude des besoins en éducation populaire de la population adulte du Saguenay-Lac St-Jean,
S.E.A. des Cégeps du Saguenay-Lac St-Jean, 1982, 119 p.
- 8- COUTURE, R.
Les besoins de la population adulte en information socio-sanitaire - Module #2: Les caractéristiques et habitudes de vie,
Département de Santé Communautaire, Roberval, 1985, 56 p.
- 9- ENQUETE SANTE CANADA,
La santé des Canadiens,
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, 1981, 243 p.
- 10- SANTE ET BIEN-ETRE SOCIAL,
L'examen médical périodique: Rapport d'un groupe d'étude à la conférence des sous-ministres de la santé,
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, 1980, 208 p.
- 11- LAFONTAINE, B.,
Commentaires sur l'étude américaine "National preventive dentistry demonstration program",
Ministère des Affaires sociales, Québec, 1984, 28 p.
- 12- LAFONTAINE, B.,
Examen de certains aspects scientifiques de la fluoruration,
Journal Dentaire du Québec, mai 1983, pp. 11-21.

13- COUTURE, R.,

La condition dentaire des élèves de sixième année: rapport de l'enquête 1981,

Département de Santé Communautaire, Roberval, 1982, 103 p.

14- MARCHAND, M. et BOUCHARD, D.,

Rapport de l'enquête sur la condition dentaire des écoliers,

Département de Santé Communautaire, Roberval, 1976, 24 p.

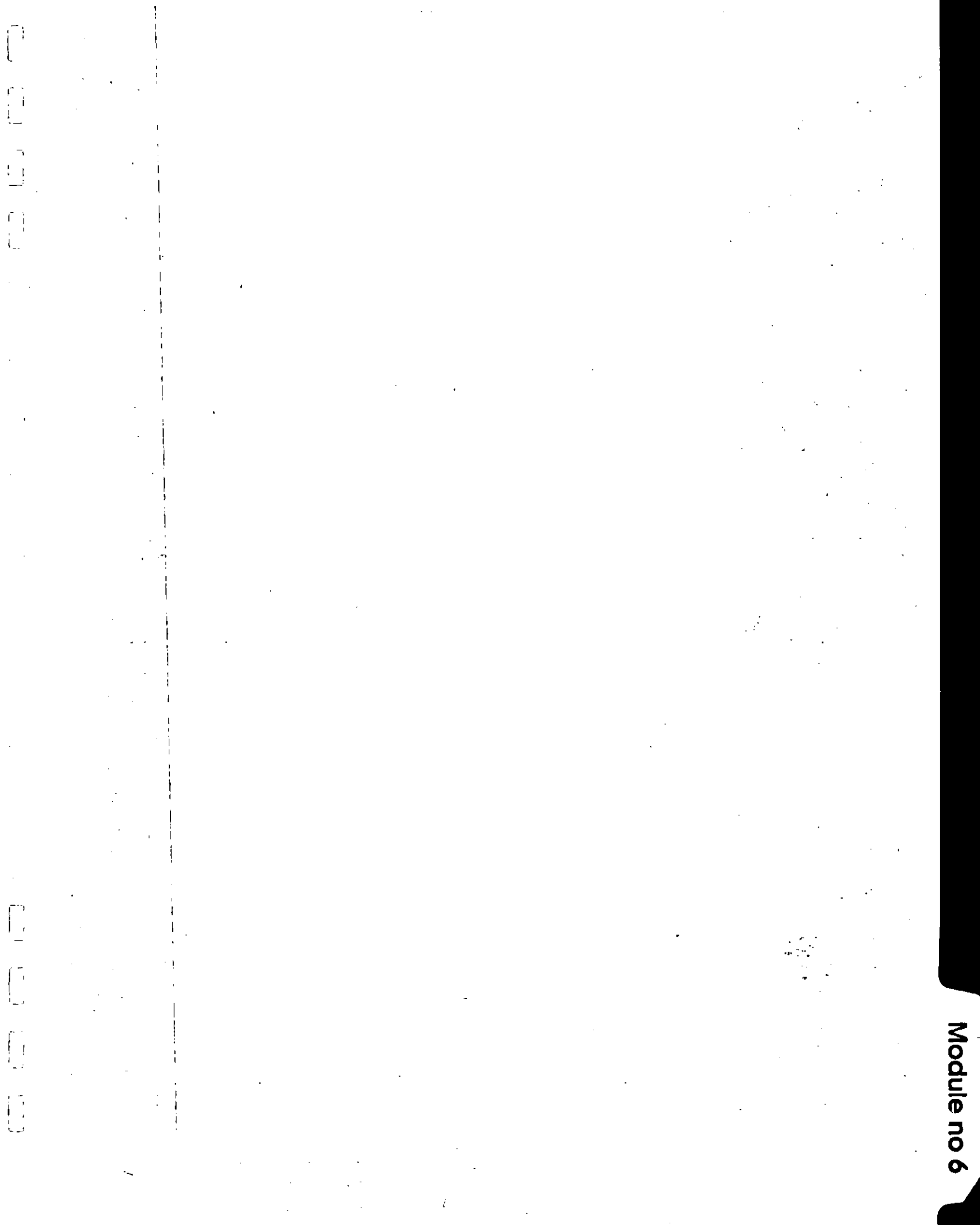
15- COUTURE, R.,

Guide de rédaction de questionnaires

Département de Santé Communautaire, Roberval, 1983, 21 p.

1985-09-25

RC/fgf/gt.



LES BESOINS DE LA POPULATION ADULTE EN INFORMATION SOCIO-SANITAIRE

Module no 6
Les moyens d'information

Régis Couture
Conseiller en recherche

Avril 1985

TABLE DES MATIERES

Préface	p. 5
Introduction	p. 6
1 Les médias privilégiés par les répondants	p. 7
1.1 Ensemble des répondants	p. 7
1.2 Selon certaines sous-populations	p. 8
2 Les médias écrits	p. 8
2.1 Les hebdomadaires	p. 9
2.1.1 Progrès-dimanche	p. 10
2.1.2 La Sentinelle	p. 11
2.1.3 L'Etoile du Lac	p. 12
2.1.4 Le Point	p. 13
2.1.5 Le Lac St-Jean	p. 13
2.1.6 Les sections thématiques	p. 14
2.2 Les quotidiens	p. 20
2.2.1 Le Quotidien	p. 21
2.2.2 Le Journal du Québec	p. 22
2.2.3 Les sections thématiques	p. 23
3 La radio	p. 24
3.1 Fréquence d'écoute	p. 24
3.2 Les heures d'écoute	p. 25
3.3 Les stations de radio	p. 26
3.3.1 Chibougamau	p. 26
3.3.2 Roberval	p. 27
3.3.3 Dolbeau	p. 27
3.3.4 Alma	p. 27
4 La télévision	p. 28
4.1 Période d'écoute	p. 28
4.1.1 L'avant-midi (9:00-12:00hres)	p. 29
4.1.2 Le midi (12:00-13:00hres)	p. 30
4.1.3 L'après-midi (13:00-17:00hres)	p. 30
4.1.4 Au souper (17:00-19:00hres)	p. 31
4.1.5 En soirée (19:00-23:00hres)	p. 31
4.1.6 La nuit (après 23:00hres)	p. 31
4.2 Emissions du midi	p. 31
4.3 Télévision communautaire	p. 32
4.3.1 Télévision par câble	p. 33
4.3.2 Ecoute de la T.V. communautaire	p. 33
5 Le stand dans un lieu public	p. 35
5.1 Participation à un kiosque d'information	p. 35
5.2 Circonstance du kiosque	p. 35
5.3 Contenu du stand	p. 37
6 Certaines alternatives	p. 39
6.1 Bulletin paroissial	p. 40
6.2 Affiches dans un endroit public	p. 41
6.3 Matériel provenant des CLSC	p. 42
7 Conclusion	p. 43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - LES MOYENS D'INFORMATION PRIVILEGES PAR L'ENSEMBLE DES REpondANTS	p.47
Tableau 2 - MOYENS PRIVILEGES D'APRES CERTAINES SOUS-POPULATIONS	p.48
Tableau 3 - FREQUENCE DE LECTURE ET DIFFUSION DES HEBDOMADAIRES	p.49
Tableau 4 - DIFFUSION DES HEBDOMADAIRES SELON L'AGE	p.50
Tableau 5 - DIFFUSION DES HEBDOMADAIRES SELON LE SEXE	p.51
Tableau 6 - SECTIONS FAVORITES DES LECTEURS REGULIERS DES HEBDOMADAIRES	p.52
Tableau 7 - INTERET POUR LES PAGES EDITORIALES	p.53
Tableau 8 - INTERET POUR L'INFORMATION LOCALE ET REGIONALE	p.54
Tableau 9 - INTERET POUR L'INFORMATION NATIONALE ET INTERNATIONALE	p.55
Tableau 10 - INTERET POUR L'INFORMATION SPORTIVE	p.56
Tableau 11 - INTERET POUR LES ARTS ET SPECTACLES	p.57
Tableau 12 - INTERET POUR LES CAHIERS THEMATIQUES	p.58
Tableau 13 - INTERET POUR LA CHRONIQUE SANTE	p.59
Tableau 14 - INTERET POUR LES ANNONCES CLASSEES	p.60
Tableau 15 - FREQUENCE DE LECTURE ET DIFFUSION DES QUOTIDIENS	p.61
Tableau 16 - PREVALENCE DE LA LECTURE DU QUOTIDIEN OU DU JOURNAL DE QUEBEC.....	p.62
Tableau 17 - LA CLIENTELE DU QUOTIDIEN	p.63
Tableau 18 - LA CLIENTELE DU JOURNAL DE QUEBEC	p.64
Tableau 19 - SECTIONS FAVORITES DES LECTEURS REGULIERS DES QUOTIDIENS	p.65
Tableau 20 - FREQUENCE D'ECOUTE DE LA RADIO	p.66
Tableau 21 - LES HEURES D'ECOUTE	p.67
Tableau 22 - LES STATIONS DE RADIO	p.68
Tableau 23 - PERIODE D'ECOUTE DE LA TELEVISION	p.69

LISTE DES TABLEAUX (SUITE)

Tableau 24 - EMISSIONS DU MIDI	p.70
Tableau 25 - TELEVISION PAR CABLE	p.71
Tableau 26 - TELEVISION COMMUNAUTAIRE	p.72
Tableau 27 - STAND D'INFORMATION	p.73
Tableau 28 - CIRCONSTANCE DU STAND	p.74
Tableau 29 - DISCUSSION AVEC LES PREPOSES	p.75
Tableau 30 - UTILISATION DE LA DOCUMENTATION	p.76
Tableau 31 - SOURCE D'INTERET DANS UN STAND	p.77
Tableau 32 - LECTURE DU BULLETIN PAROISSIAL	p.78
Tableau 33 - AFFICHES DANS UN ENDROIT PUBLIC	p.79
Tableau 34 - DISTRIBUTION POSTALE ET JOURNAL PROVENANT D'UN CLSC	p.80

PRÉFACE

L'enquête sur les besoins en information socio-sanitaire de la population adulte de la région Lac St-Jean-Chibougamau (02-8) s'est traduite par un volumineux rapport (plus de 300 pages). Afin de faciliter la tâche du lecteur, l'auteur a réparti ce document en six (6) modules indépendants traitant chacun une composante de la recherche. Ainsi, le lecteur intéressé à un aspect spécifique des besoins en information pourra consulter le module de son choix, dans un premier temps.

Cependant, l'auteur exhorte tout lecteur sérieux, qui désire appréhender le domaine de l'étude au complet, à découvrir l'ensemble des modules.

Le module #1, plus technique, décrit en détail les méthodes de recherche utilisées pour l'enquête et constitue en fait le protocole de recherche.

Le module #2 analyse les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon étudié et certaines habitudes de vie. On y retrouve les données relatives à l'âge, au sexe et au statut socio-économique au tabagisme et à l'exercice physique, entre autres des répondants.

Le module #3 trace un profil détaillé des thèmes relatifs au domaine socio-sanitaire et établit leur classement sur une échelle ordinale décroissante (du premier au dernier).

Le module #4 valide les problèmes d'information socio-sanitaire tels que décrits lors de l'étape de consultation des intervenants du milieu et tente d'évaluer leur prévalence dans la population.

Le module #5 évalue les connaissances de base que tout le monde devrait posséder (toujours selon les intervenants socio-sanitaires) dans des domaines tels que les premiers soins, le développement de l'enfant, la contraception,....

Le module #6 sera particulièrement utile aux fins de programmation. Il analyse en détail les divers moyens d'information régionaux traditionnels (journal, radio,...) et certaines ressources alternatives (bulletins, kiosques, assemblées, ...) en mettant l'accent sur la segmentation des marchés. Il permettra d'identifier les médias appropriés aux diverses clientèles-cibles et aux divers besoins.

INTRODUCTION

Le présent document cherche à découvrir l'utilisation que fait la population du Lac St-Jean-Chibougamau des divers moyens de communication qui lui sont offerts.

Pour atteindre les objectifs de planification de l'information socio-sanitaire que se sont donnés les promoteurs de l'enquête, les simples cotes d'écoute officielles du BBM ou les chiffres de circulation certifiés étaient loin d'être suffisants. Il faut, pour les C.L.S.C. et le DSC, pouvoir ventiler les habitudes d'information des gens selon une foule de critères (âge, sexe, scolarité, niveau socio-économique, heures privilégiées, sections les plus lues, ...) qui ne sont jamais rendus publics par les médias.

Ainsi le présent rapport scrute en détail les habitudes d'information des gens. Les données recueillies pourront être utilisées pour monter des stratégies d'information spécifiques (module #7). Ici, il sera plutôt question de la diffusion des médias en général et de certaines clientèles-cibles bien identifiées (personnes âgées, femmes enceintes, parents de jeunes enfants, ...).

Le premier chapitre étudie la question des médias privilégiés par les répondants pour leurs besoins en information socio-sanitaire (à partir de choix hypothétiques).

Le second chapitre analyse en détail la diffusion des médias écrits dans la région. Une section est consacrée aux hebdomadaires régionaux et l'autre aux quotidiens les plus disponibles.

Le troisième chapitre porte sur les habitudes d'écoute radiophonique des citoyens de la région alors que le quatrième concerne l'écoute de la télévision commerciale et communautaire.

Le cinquième chapitre étudie un moyen d'information de plus en plus populaire chez nos organismes: le stand d'information (kiosque).

La sixième partie touche certains médias de masse considérés comme alternatifs aux moyens plus traditionnels: bulletin paroissial, affiches, brochures, distribution postale.

Enfin, la septième partie tente de définir quels sont les moyens d'information les mieux appropriés pour chaque type de clientèle-cible traditionnel de l'intervention communautaire et pour certaines clientèles à risque.

1. LES MÉDIAS PRIVILÉGIÉS PAR LES RÉPONDANTS:

Après avoir noté les sujets qui les intéressaient le plus (module #3), les répondants étaient invités à indiquer quel média, d'après eux, pourrait le mieux transmettre l'information qui les intéresse. Parmi dix (10) moyens d'information, les répondants devaient indiquer un premier et un second choix.

Il faut bien prendre note ici que cette question est posée sur un mode hypothétique et ne tient nullement compte des habitudes de consommation de l'information. Il s'agit simplement de la perception des gens: quel moyen pensent-ils, peuvent le mieux les informer.

1.1 Ensemble des répondants:

Lorsque l'on considère l'ensemble des répondants, le tableau 1 (page 47) montre les résultats obtenus par chaque type de moyen d'information présenté.

La brochure distribuée à la maison remporte les suffrages du plus grand nombre de répondants et arrive de loin au premier rang (920 points). Plus des deux cinquièmes des répondants (398 personnes, 42.5 %) ont mentionné ce moyen comme leur premier choix. C'est un moyen de s'informer qui convient à beaucoup de gens (57 %) car il est peu compliqué et demande peu d'effort de la part de l'informé.

Le journal de C.L.S.C. distribué aux intéressés arrive au second rang (417 points). Ce type de médium apparaît approprié pour environ 33.5 % des répondants (12 % comme premier choix et 21.5 % comme second). En plus de cet intérêt, plusieurs commentaires mentionnaient l'attrait de ce moyen d'information possible. De plus, il s'agit encore d'un moyen qui demande peu d'effort de la part de l'informé.

Au troisième rang, l'émission à la télévision commerciale paraît appropriée au quart environ des répondants (345 points). 13 % comme premier choix et 12 % comme second. C'est encore une fois un type de médium qui pénètre le foyer sans que l'informé ait eu à faire de démarche particulière.

Viennent ensuite les moyens "brochure disponible dans un endroit public" (269 points, 24 % des répondants dont 5.4 % au premier et 18.4 % au second choix) "cours gratuits du C.L.S.C." (242 points, 21 % des répondants dont 7 % au premier et 14 % au second choix, "l'article de journal" (230 points, 15 % des répondants dont 10 % au premier et 5 % au deuxième).

Les autres choix intéressent un nombre négligeable de répondants. Les réunions de personnes intéressées spécifiquement (conférences, rencontres de cuisine,...) sont choisies par environ 10 % des répondants (5 % comme premier ou second choix, 144 points). Le télé communautaire (89 points, 6% des gens), l'entrevue à la radio (5,6 % des répondants, 71 points) et le kiosque dans un centre commercial (51 points, 4,5 % des gens) sont peu mentionnés comme moyen susceptible de mieux acquérir de l'information socio-sanitaire.

Les derniers points sont intéressants parce qu'ils sont susceptibles de remettre en question certaines des pratiques informatives les plus ancrées des organismes socio-sanitaires. Evidemment, ces impressions de la population devront être évaluées à la lumière de considérations plus complètes. De plus, les stratégies varient grandement selon le thème et les objectifs de chaque intervention.

1.2 Selon certaines sous-populations:

Lorsque l'on sectionne ce bloc monolithique qui constitue l'ensemble des répondants, les résultats varient très peu selon la sous-population considérée.

Comme le montre le tableau 2 (page 48), les préférences intuitives des gens demeurent à peu près toujours dans le même ordre. Ainsi, peu importe le district socio-sanitaire, le sexe, l'âge, la scolarité ou le statut socio-économique des répondants, les moyens qu'ils jugent les plus susceptibles de leur transmettre l'information qui les intéresse sont toujours les mêmes brochures distribuées à la maison, journal du C.L.S.C. et émission à la télé commerciale.

Nous verrons plus loin comment cela correspond à leurs habitudes de consommation de l'information.

2 . LES MÉDIAS ÉCRITS:

Les médias écrits touchent une grande partie de la population qui y puise abondamment son information. Les programmes socio-sanitaires utilisent souvent ce moyen pour faire passer des messages informatifs ou éducatifs à la population. Les différents organes de presse furent subdivisés en deux catégories bien distinctes: les hebdomadaires et les quotidiens.

Les médias écrits semblent particulièrement indiqués lorsque l'information veut transmettre du contenu ou des connaissances à caractère permanent par opposition à l'annonce qui possède un caractère plus ponctuel.

2.1 Les hebdomadaires:

La région est couverte plus spécifiquement par cinq hebdomadaires. Le Progrès-Dimanche couvre l'ensemble de la région alors que les quatre autres ont des vocations plus limitées: La Sentinelle, L'Etoile du Lac, Le Point et Le Lac-St-Jean.

De plus, en raison des modifications récentes apportées à ces publications (distribution gratuite dans tous les foyers), certaines données de base pourraient s'en trouver modifiées. Il faudra donc se fier aux chiffres de circulation fournis par les journaux eux-mêmes.

Les données qui figurent au tableau 3 (page 49) démontrent clairement que le Progrès-Dimanche constitue le seul hebdomadaire à portée vraiment régionale et confirment la clientèle naturelle des quatre autres journaux.

En effet, le Progrès-Dimanche est lu à toutes les semaines par 57.7 % des adultes de notre territoire (près de 70 % le lisent au moins une fois par mois et seulement 11.6 % ne le lisent jamais). La couverture locale varie évidemment. A Chibougamau, 28 % seulement le lisent à chaque semaine et 32 % ne le feuilletent jamais. Dans les trois autres districts cependant, sa diffusion est importante et varie de 57 % de lecteurs habituels à Roberval, à 59 % à Dolbeau et 65 % à Alma. Moins de 10 % des adultes ne le lisent jamais.

Par contre, les autres hebdomadaires ont un caractère vraiment plus localisé. Ainsi, la Sentinelle couvre le district de Chibougamau de la façon la plus complète (86 % des adultes la lisent à toutes les semaines alors que moins de 2 % ne la lisent jamais). Ce taux de couverture énorme semble très intéressant pour ceux qui ont à faire de l'information à cet endroit.

Le cas de L'Etoile du Lac apparaît un peu différent. Lors de l'enquête, 65% des adultes du district de Roberval le lisaient à chaque semaine et 10 % ne le consultaient jamais. De plus, ce journal touchait à chaque semaine 11% des adultes du district de Dolbeau. Cependant, tous ces chiffres risquent d'être très modifiés: depuis janvier 1985 ce journal est distribué gratuitement. Les nouveaux chiffres de circulation devraient ressembler à ceux du Point avec, en plus, une pénétration plus grande du district de Dolbeau.

Le Point, un journal à distribution gratuite publié à Dolbeau, toucherait chaque semaine 83 % des adultes de ce district (avec en plus 37 % de ceux du district de Roberval). En fait, moins de trois (3) pourcent des répondants de Dolbeau affirmaient ne jamais le lire contre 45 % de ceux de Roberval.

Enfin, le Lac St-Jean atteint uniquement les adultes du district d'Alma: 56% disaient le lire toutes les semaines alors que seulement 6.5 % affirmaient ne jamais le faire. Toutefois, ici également la situation risque d'avoir évolué rapidement puisque ce journal est dorénavant distribué gratuitement dans tous les foyers du comté Lac- St-Jean Est.

Bref, le territoire du DSC de Roberval est desservi par cinq hebdomadaires dont l'un couvre assez largement l'ensemble du territoire et quatre autres qui atteignent une proportion très élevée de populations localisées au niveau du district sanitaire. Examinons maintenant plus en détail chacun de ces organes de presse.

2.1.1 Progrès-Dimanche:

Il est démontré plus haut (tableau 3, page 49) que ce journal couvre bien la population adulte de l'ensemble de la région, à l'exception peut-être du district de Chibougamau. La présente section tente de vérifier si le taux de lecture du Progrès-Dimanche diffère selon certains critères (âge, sexe, scolarité,...).

Le tableau 4 (page 50) montre bien que la lecture du Progrès-Dimanche varie fortement en fonction de l'âge ($\chi^2 = 41.4$, $p < .0001$). Ainsi, la proportion de lecteurs habituels (chaque semaine) passe des environs de 50 % avant l'âge de 45 ans à 70 % (45 à 64 ans) et 58.8 % (65 ans et plus). Pour les autres catégories de lecteurs (occasionnels, jamais) le pourcentage de lecteurs ne varie pas selon l'âge.

Quant au sexe du répondant, les chiffres n'indiquent aucune variation significative entre le taux de lecture des hommes et celui des femmes ($\chi^2 = 4.6$, N.S.), tableau 5, page 51).

En ce qui concerne le statut socio-économique, la scolarité et l'occupation du répondant les données ne varient pas de façon significative (tableaux non-publiés). On peut noter cependant quelques faits. Moins de gens de la classe socio-économique supérieure ne lisent jamais le Progrès-Dimanche.

(5 % contre 13 % pour les autres classes). De plus, phénomène intéressant, les gens au chômage ou sans emploi lisent significativement plus le Progrès-Dimanche que les autres: 65 % contre 53 % ($t = 2.52$, $p = .01$).

De plus, le tableau 6 (page 52) indique clairement les sections favorites des lecteurs réguliers de chaque hebdo (ceux qui le lisent toutes les semaines). Pour le Progrès-Dimanche, l'information locale et régionale constitue le pôle d'attraction numéro 1: 78.5 % des lecteurs y sont "beaucoup" intéressés et 19.6% "un peu" (total de 98.1%). La chronique-santé suit avec 93.2 % d'intéressés (52.4 % beaucoup et 40.6 % un peu) et l'information nationale et internationale vient peu après (92.3 % d'intéressés, dont 51.4 beaucoup et 40.9 un peu). Les pages éditoriales intéressent les lecteurs de façon relative.

Les sections du Progrès qui intéressent le moins (donc à éviter pour nos campagnes d'information ou de publicité): l'information sportive, les annonces classées, les sections spéciales (cahiers thématiques, etc...) et les arts et spectacles.

2.1.2 La Sentinelle:

La Sentinelle dessert uniquement le district de Chibougamau. Cependant, son taux de pénétration si élevé (98 % de lecteurs réguliers ou occasionnels) confirme cet hebdo comme un moyen de communication exceptionnel pour ce secteur.

Le tableau 4 (page 50) montre une certaine variation du taux de lecture de La Sentinelle selon l'âge ($\chi^2 = 8.3$; $p < .05$)

Les personnes plus âgées lisent significativement plus La Sentinelle que les autres. Ainsi, 95 % des 45 ans et plus disent lire La Sentinelle à toutes les semaines contre 86 % des 25 à 44 ans et 69 % des 20-24.

Le sexe du répondant n'a aucune influence: les hommes et les femmes lisent La Sentinelle dans des proportions semblables comme l'indique le tableau 5 (page 51). De plus, le taux de lecture de La Sentinelle est si élevé (entre 80 et 90 % de lecteurs réguliers) que les données ne révèlent aucune différence entre les diverses catégories de répondants (scolarité, statut socio-économique ou occupation principale).

Enfin, le tableau 6 (page 52) identifie bien les sections avec le plus fort potentiel de lecture. L'information locale et régionale arrive bien sûr au pre-

mier rang: 76.5 % des lecteurs se disent "beaucoup" intéressés (97 % d'intéressés au total). La chronique-santé apparaît ensuite comme second véhicule privilégié (53 % de "beaucoup" intéressés et 98.5 % d'intéressés au total). Les autres sections suscitent moins d'intérêt. D'ailleurs l'information sportive (49 % de "pas du tout" intéressés), les annonces classées (21%), les pages éditoriales (19.5 %) et les arts et spectacles (18.5 %) constituent des sections à éviter pour nos organismes.

2.1.3 L'Etoile du Lac:

L'hebdomadaire L'Etoile du Lac couvre d'abord et avant tout le district socio-sanitaire de Roberval. Cependant, il rejoint également une minorité importante de lecteurs des districts de Dolbeau et d'Alma. Le nouveau mode de distribution gratuite augmentera sans doute sensiblement sa pénétration du secteur de Dolbeau (et devrait même porter à plus de 85 % sa couverture à chaque semaine du district de Roberval.

Le taux de lecture de l'Etoile du Lac varie considérablement suivant l'âge du répondant ($\chi^2 = 34.3, p < .0001$). Ainsi, la proportion de lecteurs réguliers (à toutes les semaines) est de 90 % chez les 45-64 et de 73 % chez les 65 ans et plus alors qu'elle est de 50 % chez les 20-24 et de 53 % chez les 25-44. Comme pour les autres hebdomadaires étudiés ci-haut, l'Etoile du Lac est beaucoup plus répandu chez les répondants un peu plus âgés (tableau 4, page 50).

En ce qui concerne les autres variables étudiées (sexe, scolarité, occupation principale et niveau socio-économique), les tests statistiques ne révèlent aucune différence significative. Ce journal s'adresse autant aux hommes qu'aux femmes, autant aux plus instruits qu'à ceux qui le sont moins. De plus, il rejoint tous les types d'occupation de la même façon (que la personne s'occupe du foyer, soit au chômage, à la retraite ou au travail) de même que toutes les classes sociales.

Enfin, comme le montre le tableau 6 (page 52), l'information locale et régionale demeure le principal centre d'intérêt de cet hebdomadaire: 83.4 % des lecteurs réguliers se disent "beaucoup" intéressés par ce type d'information (98 % d'intéressés en tout). La chronique-santé apparaît comme un second véhicule valable: 53 % de "beaucoup" et 44 % "d'un peu" intéressés (soit près de 97 % au total). Les sections à éviter sont un peu toujours les mêmes que pour les autres hebdomadaires: les annonces classées (32 % de "pas du tout" intéressés) et l'information sportive (49 % de "pas du tout").

2.1.4 Le Point:

Tel que mentionné en Introduction, Le Point était un journal à distribution gratuite, diffusé particulièrement dans le district de Dolbeau. Ce journal rejoignait tout de même plus du tiers des résidents du district de Roberval. Il est permis de croire que ce journal est lu actuellement par plus de la moitié des résidents du district de Roberval (au moins).

Contrairement aux autres hebdomadaires déjà étudiés, le taux de lecture du Point n'est pas relié à l'âge du répondant ($\chi^2 = 1.7$, N.S.). De même, la lecture du Point ne varie ni en fonction du sexe, ni de la scolarité. L'occupation principale du répondant ou son statut socio-économique ne permettent pas non plus de distinguer des catégories de lecteurs (tableaux 4 et 5, page 50 et 51).

Les sections favorites demeurent cependant semblables à celles des autres hebdomadaires (tableau 6, page 52). L'information locale et régionale arrive loin devant (80 % pourcent s'y intéressent beaucoup) suivie de la chronique-santé (52.5 % des répondants se disent beaucoup intéressés) et de l'information nationale et internationale (41.7 %). Les sections les moins appréciées demeurent les mêmes: les annonces classées et l'information sportive.

2.1.5 Le Lac St-Jean:

Le journal Le Lac St-Jean couvre, quant à lui, essentiellement le district socio-sanitaire d'Alma. Au moment de l'enquête, cet hebdomadaire était disponible dans les kiosques à journaux ou parvenait à ses abonnés par la poste. Cependant le Lac St-Jean était dernièrement frappé, lui aussi, par la fièvre de la distribution gratuite. Il est donc permis de croire qu'il atteint maintenant plus de 80% de lecteurs habituels (à chaque semaine).

Les tests statistiques n'ont révélé aucune différence dans la fréquence de lecture de ce journal selon l'âge, le sexe, la scolarité, l'occupation ou le statut économique du répondant.

Les sections préférées des lecteurs assidus du Lac St-Jean demeurent les mêmes que pour les autres hebdomadaires (tableau 6, page 52). L'information locale et régionale soulève le plus d'intérêt (84 % de beaucoup et 98 % d'intéressés), suivie de la chronique-santé (49.7 et 92.3 %), de l'information nationale et internationale (47.7 et 95.3 %) et des pages éditoriales (45.6 et

91.2 %). L'information sportive et les annonces classées intéressent peu les répondants.

2.1.6 Les sections thématiques:

Chaque hebdo se subdivise en sections thématiques que l'on retrouve de façon systématique dans chacune de ces publications. Nous tenterons de vérifier ici s'il est possible de relier l'intérêt pour ces sections à des clientèles spécifiques (les personnes âgées ou les économiquement faibles par exemple).

a) Pages éditoriales:

Cette section est habituellement limitée à une page ou deux dans nos hebdomadaires régionaux. Il peut être parfois possible de rédiger des articles à message pour glisser près de ces pages.

Le tableau 7 (page 53) montre l'intérêt pour les pages éditoriales des hebdomadaires selon différentes catégories de répondants. Pour l'ensemble, le tiers des répondants se disent BEAUCOUP et 47 % UN PEU intéressés, moins de 20 % ne le sont PAS DU TOUT.

L'intérêt pour cette section varie fortement en fonction de l'âge des répondants ($\chi^2 = 45.3$, $p < .0001$). Les tests confirment notre hypothèse selon laquelle les plus jeunes sont moins intéressés aux pages éditoriales (17 % de beaucoup et 24 % de pas du tout chez les 20-24) alors que les personnes âgées le sont plus (42 % de beaucoup et 19 % de pas du tout). De plus, les chiffres soulignent une donnée intéressante: l'intérêt est très élevé chez les 45-64 ans (50 % de beaucoup et 14 % de pas du tout). Pour cette clientèle particulière, les pages éditoriales pourraient constituer un véhicule intéressant.

L'intérêt pour cette section varie également de façon significative selon le statut socio-économique du répondant ($\chi^2 = 12.9$, $p < .05$). Ainsi, les gens appartenant à la classe dite "inférieure" montrent moins d'intérêt pour l'éditorial (22.5 % de pas du tout) alors que ceux de la classe "supérieure" s'y intéressent davantage (42 % de beaucoup et seulement 7.6 % de pas du tout). Ces résultats vont dans le sens de notre connaissance intuitive.

Par contre, l'intérêt pour la section éditoriale ne varie ni selon la scolarité, le sexe ou l'occupation.

En bref, on peut conclure que les pages éditoriales peuvent être un véhicule d'information intéressant pour les gens de 45 à 64 ans. De plus, cette section semble peu appropriée pour rejoindre les jeunes de 20 à 24 ans et les parents de jeunes enfants (de 0 à 5 ans).

b) Information locale et régionale:

Evidemment, tous les hebdomadaires étudiés ici ayant un caractère régional ou local, ce type d'information est particulièrement prisé des lecteurs. En fait, c'est la partie des hebdomadaires qui intéresse le plus les répondants comme l'indique le tableau 8 (page 54). En effet, plus de 71 % des répondants se déclarent BEAUCOUP intéressés par l'information locale ou régionale et 24 % UN PEU alors que seulement 4 % ne le sont PAS DU TOUT.

Ce type d'information devrait donc constituer un véhicule privilégié. Cependant, la grande dispersion de l'information locale et régionale dans le journal rend plus difficile l'application de ce principe puisqu'elle n'est pas regroupée dans une section.

Certains tests statistiques ont permis de vérifier si l'intérêt variait selon certaines caractéristiques personnelles des répondants (tableau 8).

Ainsi, l'intérêt pour l'information locale et régionale fluctue fortement selon l'âge du répondant ($\chi^2 = 57.1$, $p < .0001$). Les plus jeunes, 20 à 24 ans, montrent relativement moins d'intérêt (53.4 % de beaucoup et 10 % de pas du tout) alors que les plus âgés, les répondants de 45 ans et plus, disent avoir beaucoup d'intérêt pour cette section (85 % de beaucoup et 1.5 % de pas du tout).

Cet intérêt varie également selon l'occupation ($\chi^2 = 12.8$, $p = .05$). En effet, les chômeurs apparaissent relativement moins intéressés (60% de beaucoup et 6% de pas du tout) alors que les gens à la retraite s'avèrent plus concernés que la moyenne par cette section (83% de beaucoup, 2% de pas du tout). Les personnes au foyer ou au travail demeurent près des proportions globales (72% de beaucoup et 4% de pas du tout).

D'un autre côté, les analyses statistiques ne révèlent aucune association particulière entre l'intérêt pour l'information locale et régionale et le sexe, la scolarité, le statut socio-économique ou le fait d'avoir des enfants de 0 à 5 ans.

En guise de conclusion, on peut affirmer que l'information locale et régionale constitue la principale source d'intérêt de ces hebdomadaires régionaux. C'est

la section qui suscite le plus l'intérêt chez chacune des sous-populations étudiées. Cependant cet intérêt est encore plus fort chez les gens plus âgés (45 ans et plus, à la retraite) et ceux de niveau socio-économique supérieur.

c) Information nationale et internationale:

Dans le cas de la plupart de nos hebdomadaires régionaux, ce type d'information reçoit une couverture minimale qui ne reprend que les grandes lignes des agences de presse. Ces nouvelles sont habituellement regroupées d'une façon plus facile à localiser.

Le tableau 9 (page 55) présente les données pertinentes. L'intérêt pour cette section paraît dans l'ensemble assez soutenu: 43.5 % des répondants affirment s'y intéresser "beaucoup", 44.3 % "un peu" et seulement 12.3 % "pas du tout".

Les tests statistiques ont cependant démontré plusieurs différences significatives. Ainsi, l'intérêt pour l'information nationale et internationale apparaît clairement relié à l'âge ($\chi^2 = 17.9$, $p < .01$). Les répondants de moins de 45 ans montrent beaucoup moins d'intérêt pour cette section ("beaucoup" à 38 %, "pas du tout" = 14 %) que ceux de 45 ans et plus ("beaucoup" = 55 %, "pas du tout" = 8 %).

De même, les femmes portent moins d'intérêt à cette question que les hommes ($\chi^2 = 7.45$, $p < .05$). Seulement 40 % des femmes ont répondu être "beaucoup" intéressées (49 % chez les hommes) alors que 14 % se disent "pas du tout" concernées (9 % chez les hommes).

La scolarité des participants constitue une variable discriminante encore plus significative ($\chi^2 = 27.6$, $p < .0001$): les universitaires se sont montrés beaucoup plus intéressés que ceux ayant une scolarité moindre (64% contre 41%).

L'occupation principale apparaît également reliée à l'intérêt pour cette section ($\chi^2 = 14.5$, $p < .05$). En effet, alors que les personnes au foyer (38 % de "beaucoup") ou en chômage (39 %) semblent moins intéressés, les gens à la retraite (60 %), et dans une moindre mesure ceux qui travaillent (49 %), s'avèrent beaucoup plus attirés par ces sujets.

Enfin, l'étude révèle également que les parents de jeunes enfants sont significativement moins attirés par ces questions: seulement 35 % ont répondu beaucoup contre 17.5 % de pas du tout ($\chi^2 = 10.2$, $p < .01$). Ce qui est bien normal étant donné la jeunesse relative de cette sous-population.

Cet intérêt n'a par contre aucun rapport avec le niveau socio-économique des répondants.

En résumé, cette section peut être un support acceptable pour l'information destinée aux plus âgés, aux universitaires, aux retraités, au milieu du travail et aux gens de la classe supérieure. Elle apparaît cependant inadéquate dans le cas des plus jeunes (moins de 45 ans), des femmes, des gens de faible scolarité, des personnes au foyer ou en chômage et des jeunes familles.

d) Information sportive:

La section sportive suit habituellement un modèle normalisé dans la plupart des journaux: toutes les pages consacrées au sport se concentrent à la fin du Journal dans une section clairement délimitée. C'est la section qui a retenu le moins d'intérêt de la part des répondants: aussi, un minimum de commentaires lui sera consacré. Le détail des résultats figure au tableau 10 (page 56).

Cette situation peut s'expliquer en partie du fait que l'information sportive fait référence à des événements quotidiens alors que les hebdomadaires paraissent une fois par semaine.

Tel qu'attendu, l'intérêt pour l'information sportive diffère selon l'âge ($\chi^2 = 14.9$, $p < .05$): les jeunes se sentent plus concernés. De même, la section sportive touche énormément plus les hommes que les femmes ($\chi^2 = 115.2$, $p < .0000$). Dans une certaine continuité, l'occupation principale distingue également des catégories d'intérêt ($\chi^2 = 32.4$, $p < .001$): les gens à la retraite ou occupant un emploi s'intéressent plus à cette section.

Les données recueillies démontrent clairement que l'information sportive dans les hebdomadaires ne peut constituer un support adéquat pour l'information socio-sanitaire. Trop peu de gens s'y intéressent et aucune catégorie de répondants n'est touchée de façon suffisante. Seule l'information de type prévention dans les sports pourrait y trouver son compte.

e) Arts et spectacles:

Cette section suit également un modèle bien défini: elle est regroupée habituellement dans quelques pages situées au centre du Journal. Les "arts et spectacles" ne retiennent pas tellement l'attention des lecteurs comme le montre le tableau 11 (page 57).

Les jeunes semblent plus attirés par cette section ($\chi^2 = 46.6$, $p < .0001$) de même que les couches les plus scolarisées de la population ($\chi^2 = 221.5$, $p < .001$) et les gens qui se trouvent sur le marché du travail ($\chi^2 = 19.4$, $p < .01$).

Bref, cette section s'avère particulièrement inappropriée pour passer quelque message que ce soit: aucun sous-groupe de répondants n'est atteint de façon importante.

f) Cahiers thématiques:

Les hebdomadaires produisent assez souvent des cahiers à caractère thématique: dossiers spéciaux, cahier économique, cahier de la mariée, par exemple.

Les résultats démontrent que ces cahiers ne soulèvent généralement pas d'intérêt majeur de la part des lecteurs (tableau 12, page 58). Les hommes se disent plus concernés que les femmes ($\chi^2 = 20$, $p < .0001$) sans atteindre cependant un niveau rentable.

Ces types de sections spéciales ne peuvent donc constituer des véhicules adéquats pour l'information ou l'éducation socio-sanitaire, à moins peut-être, que le thème choisi couvre nos domaines d'intervention.

g) Chronique-santé:

Les hebdomadaires concernés par cette recherche offrent tous de façon plus ou moins régulière une chronique-santé pouvant servir de tribune aux intervenants. L'intérêt manifesté par les répondants pour l'information santé (Module #3) se reflète dans la popularité de la chronique-santé. En effet, cette section arrive au second rang d'intérêt chez les hebdomadaires: 47% des répondants affirment s'y intéresser beaucoup, 44.2 % un peu et seulement 8.1 % pas du tout. Ces proportions varient sensiblement suivant les divers sous-groupes de répondants (tableau 13, page 59).

Ainsi, l'âge détermine deux classes d'intérêt très différenciées face à la chronique-santé ($\chi^2 = 30.9$, $p < .0001$): les plus âgés se sentent beaucoup plus concernés (60% de beaucoup chez les 45-64 ans, 67% chez les 65 ans +).

De plus, conformément au stéréotype féminin de surconsommation médicale, le sexe est associé très fortement à l'intérêt pour la chronique-santé ($\chi^2 = 82.2$, $p < .0001$). Les femmes sont bien plus attirées par ce sujet que les hommes: 56 % ont répondu "beaucoup" contre 29 % chez les hommes: 6 %

des femmes ont répondu "pas du tout" contre 12 % des hommes. Ce qui confirme notre hypothèse de départ.

Le niveau de scolarité du répondant constitue également un facteur explicatif important, toujours au tableau 13 ($\chi^2 = 22$, $p < .01$). En effet, les personnes n'ayant qu'un niveau primaire se sont montrées plus touchées par cette section (beaucoup = 58.7 %) alors que celles ayant un cours universitaire le sont bien moins (beaucoup = 33.7 %, pas du tout = 16 %). Cette constatation apparaît intéressante puisque les gens ayant une faible scolarité composent une clientèle à risque généralement bien identifiée en santé communautaire.

Enfin, l'occupation principale est une dernière variable évaluée comme très significative sur l'intérêt envers la chronique-santé ($\chi^2 = 37.3$, $p < .0001$). Ainsi, les personnes au foyer ou à la retraite ont manifesté un intérêt supérieur pour cette section (près de 60 % ont répondu "beaucoup") alors que celles sur le marché du travail, chômeurs ou employés, sont moins concernés (seulement 36 % de beaucoup).

Les variable "statut socio-économique" ou "parents de jeunes enfants" ne jouent aucun rôle significatif sur l'intérêt envers la chronique-santé.

En résumé, la section chronique-santé forme le second vecteur pour transmettre l'information socio-sanitaire en terme de chiffres absolus. Cependant, si l'on considère le thème associé (la santé) et sa relative concentration dans un secteur bien défini du journal, cette section pourra souvent, et de façon fort efficace, servir de support à l'information socio-sanitaire. En particulier lorsque le message s'adresse à des sous-populations spécifiques: les plus vieux (45-64 ans, et 65 ans et plus), les femmes, les personnes qui n'ont qu'un cours primaire, les personnes au foyer ou à la retraite. Par contre, la chronique-santé paraît moins efficace pour les jeunes, les hommes, les universitaires et les gens au chômage ou occupant un emploi.

h) Annonces classées:

Finalement, les annonces classées composent la dernière section d'hebdomadaire étudiée dans la présente recherche. Tous les hebdomadaires offrent une telle section à l'intérieur de laquelle on retrouve souvent les annonces communautaires et les offres d'emploi. Le tableau 14 (page 60) présente une vision synoptique des résultats pertinents.

Les annonces classées représentent d'après les répondants un assez mauvais investissement pour l'information-éducation sanitaire. Moins du quart

de l'ensemble a répondu être intéressé "beaucoup". De plus, on ne retrouve aucun sous-groupe de répondants dont plus de 30 % se disent "beaucoup" intéressés. Et cela en dépit du fait que les tests dévoilent des différences significatives selon l'âge, la scolarité, l'occupation principale et le statut socio-économique.

2.2 Les quotidiens:

Aux fins de la présente étude, seuls les cinq quotidiens les mieux diffusés dans la région furent considérés. Il s'agit des journaux Le Quotidien de Chicoutimi, le Journal de Québec, la Presse de Montréal, le Devoir de Montréal et le Soleil de Québec. Aucun quotidien n'origine du Territoire du DSC de Roberval et le seul régional est celui de Chicoutimi.

Pour les quotidiens, nous avons défini quatre classes de lecteurs: HABITUELLEMENT (tous les jours), SOUVENT (au moins une fois par semaine), PARFOIS (moins d'une fois par semaine), JAMAIS.

Le tableau 5 (page 51) résume les données pertinentes à la circulation des quotidiens.

Il est évident d'après les résultats obtenus qu'un seul des journaux considérés peut prétendre bien couvrir l'ensemble du territoire: Le Quotidien. En effet, cette publication atteint tous les jours près du tiers (31%) des adultes interrogés, 10 % le lisent souvent, 22 % parfois et 37 % jamais.

Si l'on examine les données par district socio-sanitaire, les différences sont importantes ($\chi^2 = 134.7$; $p < .0000$). Ainsi, dans le district de Chibougamau, presque personne ne dit lire les quotidiens: 4.5 % de lecteurs réguliers pour Le Quotidien et 80 % de jamais. A Roberval, 27 % des adultes le lisent chaque jour et 42 % jamais alors que dans le district de Dolbeau ces chiffres sont de 33 % et 40 %. Le district d'Alma consulte beaucoup plus Le Quotidien puisque 39 % sont des lecteurs habituels, 14 % le lisent souvent, 25 % parfois et seulement 22 % jamais.

Le Journal de Québec arrive bon deuxième avec une circulation quotidienne chez 20 % des répondants, 12 % disent le lire au moins une fois par semaine, 24 % parfois et 44 % jamais.

Là encore, les différences inter-districts sont importantes ($\chi^2 = 104.5$, $p < .0000$). La diffusion du Journal du Québec à Chibougamau est négligeable: 4.5 % de lecteurs quotidiens, 85 % de jamais. Dans les districts de Roberval

val et Dolbeau, la circulation régulière varie autour de 20 % alors que respectivement 39 % et 46 % des adultes ne le lisent jamais. A Alma, ce quotidien est un peu plus répandu: 24 % de lecteurs réguliers et 36 % de jamais.

L'analyse combinée de la circulation de ces deux quotidiens montre que près de 41% de la population lit chaque jour le Quotidien ou le Journal de Québec. De plus, 53 % lisent l'un de ces journaux au moins une fois par semaine et 85 % parfois. En fait, 15 % ne les consultent jamais, ni l'un ni l'autre. Comme le montre le tableau 16 (page 62), la situation varie grandement selon le district socio-sanitaire. A Chibougamau-Chapais presque personne n'est touché par ces quotidiens: 70% ne lisent jamais l'un ou l'autre. Par contre, 41% lisent chaque jour l'un ou l'autre à Roberval et Dolbeau et 50 % à Alma.

Les autres quotidiens étudiés ont une vocation nationale ou provinciale et ne touchent à peu près pas les gens de la région. La Presse est lue chaque jour par à peine 3.9 % des répondants alors que le Devoir (0.5 %) et Le Soleil (1.2 %) sont, pour ainsi dire absents du portrait. En fait, respectivement 77 %, 86 % et 83 % des répondants ne lisent jamais ces journaux.

Bref, à l'exception du district de Chibougamau où la distribution est inadéquate, Le Quotidien et le Journal de Québec peuvent être des supports intéressants à l'information générale. Mais leur pénétration du marché des adultes ne se compare en rien aux hebdomadaires. D'un autre côté ces quotidiens sont lus chaque jour à raison de six par semaine par plus de 40 % de notre population-cible, dont près de 50 % dans la district d'Alma. Ils sont possiblement plus appropriés pour de l'information plus ponctuelle.

Les sous-sections suivantes étudieront en détail Le Quotidien et le Journal de Québec ainsi que les sections les plus populaires de ces journaux.

2.2.1 Le Quotidien:

La circulation du Quotidien varie sensiblement selon les sous-catégories de lecteurs comme le montre le tableau 17 (page 63)

Ainsi, l'âge s'avère-t-il une variable discriminante fort significative ($\chi^2 = 48.7$, $p < .0000$). Le taux de lecture quotidienne varie autour de 20 % chez les moins de 45 ans et grimpe à plus de 43 % dépassé cet âge, une progression remarquable.

L'occupation principale joue également un rôle significatif ($\chi^2 = 22.2$, $p < .01$): les sans emploi le lisent beaucoup moins chaque jour (19 %) alors que 44 % des retraités le font. De même, plus de 45 % des personnes au foyer et des sans emploi ne le lisent jamais alors que cette proportion baisse à environ 35 % ailleurs.

La scolarité constitue un troisième facteur qui distingue des catégories de lecteurs du Quotidien de façon significative ($\chi^2 = 33.4$, $p < .001$). De façon paradoxale, les universitaires (40 %) et ceux qui n'ont qu'un cours primaire (37 %) lisent ce journal tous les jours en plus forte proportion que les gens qui ont un cours secondaire ou collégial (25 %). De plus, moins de 20 % des universitaires ne le lisent jamais alors que cette proportion varie de 41 à 45 % chez les autres groupes.

Enfin, le statut socio-économique détermine un clivage important chez les lecteurs du Quotidien ($\chi^2 = 21.9$, $p < .01$). Alors que les deux classes supérieures lisent assez régulièrement ce journal (37 % chaque jour), les gens des deux classes les plus basses le lisent beaucoup moins (25 %).

En résumé, Le Quotidien touche plus les personnes âgées de plus de 45 ans, ceux n'ayant qu'une scolarité primaire ou un cours universitaire, les personnes à leur retraite et les gens de niveau socio-économique supérieur.

2.2.2 Le Journal de Québec:

La circulation du Journal de Québec diffère également selon diverses catégories socio-professionnelles bien que le modèle général diverge de celui du Quotidien. Le tableau 18 (page 64) recèle les données relatives à cette question.

L'âge n'apparaît plus comme une variable significative au contraire du Quotidien qui était deux fois plus lu après l'âge de 45 ans.

Par contre, le sexe devient une variable significative ($\chi^2 = 32.8$, $p < .0000$). Au contraire du Quotidien, les hommes lisent beaucoup plus régulièrement le Journal de Québec que les femmes (25 % de lecteurs quotidiens contre 15 % de lectrices, 17 % de souvent contre 8 %). De même, 52 % des répondants disent ne jamais lire cette publication contre seulement 36 % des hommes.

La scolarité joue un rôle significatif ($\chi^2 = 17.4$, $p < .05$) mais de façon complètement différente du Quotidien. Les gens avec un cours primaire lisent moins le Journal de Québec que les autres (alors qu'ils lisaient plus Le

Quotidien). De même, moins de 20 % des universitaires le lisent chaque jour contre près de 40 % pour le Quotidien.

L'occupation principale du répondant permet également de différencier des catégories de lecteurs ($\chi^2 = 39.7$, $p < .0001$). Les gens à leur retraite lisent un peu plus ce Journal (30% de réguliers) alors que les personnes au foyer le lisent beaucoup moins (13% de réguliers et 56% de jamais).

Enfin, alors que les lecteurs du Quotidien possédaient un statut socio-économique plus élevé, il n'existe aucune relation de ce type dans le cas du Journal de Québec.

Bref, le Journal de Québec atteint, sur notre territoire, plutôt des personnes de 45 ans ou plus, des lecteurs masculins et des personnes à leur retraite. Il touche moins les jeunes, les femmes, les sous-scolarisés et les personnes au foyer.

Dans la plupart des cas, Le Quotidien couvre une plus large part de la population mais les deux se complètent dans une certaine mesure.

2.2.3 Les sections thématiques:

Comme le montre le tableau 19 (page 65), la situation ressemble assez à celle des hebdomadaires. Seuls Le Quotidien et le Journal de Québec seront considérés étant donné la marginalité des autres quotidiens.

L'information locale et régionale constitue, et de loin, la section favorite des lecteurs du Quotidien et du Journal de Québec: environ 77 % des lecteurs réguliers affirment s'y intéresser beaucoup alors que seulement 1% ne s'y intéressent pas du tout.

Les tests statistiques ont révélé des différences significatives. Les personnes âgées de moins de 45 ans s'intéressent beaucoup moins à l'information locale et régionale (48 % de beaucoup contre 76 % après 45 ans), dans la même veine les retraités s'y intéressent plus.

L'information nationale et internationale vient ensuite: près de 57 % des lecteurs assidus de ces deux journaux s'y intéressent beaucoup, 39 % un peu et 4% pas du tout. Les résultats montrent aussi que les personnes âgées (65 % de beaucoup), les hommes, les plus scolarisés et les gens de niveau socio-économique supérieur sont plus concernés par ces questions.

La chronique-santé semble être un dernier vecteur valable pour l'information socio-sanitaire à l'intérieur des quotidiens: environ 50 % des lecteurs réguliers s'y intéressent "beaucoup", 45 % "un peu" et 5 % "pas du tout".

Encore une fois, les personnes âgées (et les retraités) se sentent plus touchées par cette chronique, de même que les femmes (deux fois plus que les hommes).

Les autres sections arrivent loin derrière, à l'exception des pages éditoriales du Quotidien. L'information sportive est peu prise en général (même si trois fois plus d'hommes que de femmes s'y intéressent), de même que les arts et spectacles et les cahiers thématiques. La section des annonces classées, enfin, apparaît très peu considérée par les répondants: 40 % ne s'y intéressent pas du tout.

3. LA RADIO:

La radio est un mass-média largement utilisé par les organismes socio-sanitaire surtout pour la promotion publicitaire d'activités. A l'occasion, la radio fut utilisée pour transmettre des messages à contenu dans une chronique.

Ce chapitre tentera d'identifier les postes et les heures d'écoute les plus populaires, stratifiés selon les catégories socio-professionnelles habituelles.

3.1 Fréquence d'écoute:

Les répondants à l'enquête étaient invités à indiquer leur fréquence d'écoute de la radio au cours de la dernière semaine. Leur réponse pouvait prendre trois valeurs: OUI, A TOUS LES JOURS; OUI, A L'OCCASION; NON, JAMAIS. Les résultats figurent au tableau 20 (page 66).

Au cours de la semaine précédente, la plupart des répondants (54.6 %) affirment avoir synthonisé une station de radio à chaque jour et 38.8 % l'ont fait à l'occasion. En fait, seulement 6.5 % des adultes participant n'avaient pas écouté la radio.

Cette fréquence d'écoute radio ne varie pas en fonction des variables testées. Contrairement à nos hypothèses, l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, la scolarité et le district sanitaire n'influencent nullement l'écoute de la radio.

Cependant, l'occupation principale s'avère reliée significativement à l'écoute de la radio ($\chi^2 = 18.4$, $p < .01$). Ainsi, les personnes qui occupent un emploi sont des auditeurs beaucoup plus fréquents que les autres (62 % disent l'écouter à tous les jours). Le trajet en automobile de la résidence au lieu de travail explique sans doute cette différence. De même, les sans-emploi écoutent moins régulièrement la radio (seulement 44 % à tous les jours). Les personnes au foyer ou à la retraite ont une fréquence d'écoute semblable à l'ensemble du DSC.

3.2 Les heures d'écoute:

Les principales heures d'écoute-radio apparaissent au tableau 21 (page 67). Les cotes (PTS) sont établies à partir des choix des répondants. Lorsqu'une période est mentionnée comme premier choix, elle se mérite trois points; on accorde deux points à un second choix et un point à un troisième.

Les chiffres montrent que l'avant-midi (entre 9:00 et 12:00 heures) constitue la principale période d'écoute de l'ensemble de la population adulte. Le matin (de 6:00 à 9:00 heures) arrive au second rang très près du premier. Puis survient un bloc formé de l'heure du dîner (12:00 à 13:00 heures) et de l'après-midi (13:00-16:30 heures) très loin derrière. Enfin, la soirée et l'heure de pointe viennent ensuite mais paraissent peu appropriées pour la population en général.

Si l'on pondère les cotes afin de compenser la surreprésentation féminine de notre échantillon, le matin constitue la période d'écoute privilégiée suivie de l'avant-midi.

En fait, les caractéristiques personnelles influencent grandement le choix de l'heure d'écoute favorite même si les rangs absolus varient peu (tableau 21, page 67).

Ainsi, pour les plus jeunes, le matin de 6:00 à 9:00 apparaît la période privilégiée. Par contre, après 45 ans, c'est l'avant-midi qui apparaît au premier rang (9:00-12:00 heures).

Les hommes écoutent surtout la radio tôt le matin en se rasant ou en se rendant à leur travail. Alors que pour les femmes, la période favorite est l'avant-midi (de 9 heures à midi).

Cette période (l'avant-midi) apparaît également la première pour les personnes au foyer, les sans emploi et les retraités. Par contre, les travailleurs écoutent plutôt la radio le matin entre 6:00 hres et 9:00 hres.

En terme de niveau socio-économique le même clivage apparaît, les gens de niveau "inférieur" choisissent d'écouter la radio l'avant-midi alors que, chez ceux de niveau "supérieur", le matin s'avère la période la plus propice.

Bref, les périodes d'écoute favorites diffèrent peu selon les diverses catégories de répondants. Pour les uns, la période du matin (6:00-9:00 heures) semble la plus propice; pour d'autres catégories, c'est l'avant-midi (9:00-12:00 heures).

3.3 Les stations de radio:

Afin de nous permettre d'identifier les postes de radio les plus écoutés, les répondants devaient indiquer s'ils avaient capté, durant la dernière semaine, chacune des huit stations qui couvrent notre région. Etant donné nos moyens limités, ce questionnaire ne peut être considéré comme l'équivalent du BBM (non disponible), mais il sera utile pour nos besoins propres.

Pour l'ensemble de la population du territoire du DSC, la station CHRL-Roberval arrive en tête avec 59 % de répondants qui l'avaient écoutée au cours des sept derniers jours (tableau 22, page 68).

Au second rang, viennent ensuite les stations CFGT-Alma et CJAB-FM-Chicoutimi avec 37 % des répondants. Suivent dans l'ordre les stations CHVD-Dolbeau (28 %), CKRS-Jonquière (25 %) et CBJ-Chicoutimi (19 %). Les postes CJMD-Chibougamau et CJMT-Chicoutimi avaient touché moins de 10 % des répondants durant la semaine.

Les paragraphes qui suivent analysent la situation pour chaque district socio-sanitaire (tableau 22, page 68).

3.3.1 Chibougamau:

La population du district de Chibougamau ne peut synthétiser directement, à toutes fins utiles, que deux stations: CJMD, que presque tout le monde (93 %) avait écouté, et CBJ (Radio Canada), mentionné par 25 % des répondants.

Les autres stations ont une écoute négligeable qu'il faut attribuer sans doute aux gens qui se déplacent au Lac St- Jean.

En terme des différentes catégories de clientèles, CJMD Chibougamau semble avoir été écouté de la même façon peu importe l'âge, le sexe, l'occupation, la scolarité ou le statut socio-économique (tableau 22). En fait, seuls les répondants de niveau socio-économique supérieur avaient significativement moins écouté cette station (77 % contre 93 % en général).

3.3.2 Roberval:

La station CHRL s'approprie la part du lion de l'auditoire radiophonique: 95% des répondants l'avaient écoutée au cours des sept derniers jours. La station CJAB-FM de Chicoutimi apparaît loin derrière avec une proportion de 38 %. Les stations CKRS (20 %), CHVD (21%) et CBJ (18 %) figurent ensuite. Les autres ont un impact négligeable.

Pour la station CHRL, aucune différence entre les divers auditoires n'apparaît significative. Que ce soit selon l'âge, le sexe, la scolarité, l'occupation ou le statut socio-économique du répondant (tableau 22).

3.3.3 Dolbeau:

Comme pour les trois autres districts, la station locale (CHVD) s'arroge la part du lion de l'auditoire (93 %). Cependant, CHRL vient au second rang avec 45 % et CJAB au troisième avec 30 % des répondants. Les autres stations ont un impact négligeable (tableau 22).

En terme de couverture des diverses catégories d'auditeurs, les différences selon l'âge, le sexe, la scolarité, l'occupation ou le statut socio-économique n'apparaissent pas significatives.

Au niveau de la période d'écoute, le poste CHVD est le seul à être plus écouté l'avant-midi (9:00-12:00 heures) que le matin (6:00-9:00 heures).

3.3.4 Alma:

Ce district apparaît lui aussi attaché à sa station locale quoique de façon plus modeste: 83 % des répondants avaient synthonisé CFGT au cours de la dernière semaine. La population d'Alma semble moins fidèle puisque CHRL

atteint tout de même 55 % des répondants, CJAB 47 % et CKRS 41 %. L'auditoire d'Alma peut donc être décrit comme plus volatile par rapport à celui de Chibougamau qui est totalement captif d'une seule station.

Les catégories d'auditoires de CFGT apparaissent légèrement plus diversifiées selon l'âge: les plus jeunes sont moins touchés par cette station (20-24= 75 %, 25-44= 80 %, 45 ans et plus= 91 %). De même, plus la scolarité augmente, moins les répondants avaient écouté CFGT: de 94 % (primaire), l'auditoire passe à 86 % (secondaire), 75 % (collégial) et 70 % (universitaire). Les autres facteurs (sexe, occupation, niveau socio-économique) n'ont pas d'incidence notable comme le montre le tableau 22.

4. LA TELEVISION:

La télévision constitue le média de masse privilégié par les organismes à but lucratif qui veulent faire passer de courts messages publicitaires. La question étudiée ici est de savoir si elle possède aussi un potentiel efficace pour les annonces des services socio-sanitaires ou les campagnes d'éducation sanitaire (à contenus).

Etant donné la multiplicité des postes et des heures d'écoute possibles en raison de la grande popularité du câble, le questionnaire visait spécifiquement à évaluer l'impact des émissions du midi, à CKRS et CJPM, où il est relativement facile de passer des messages. Une autre question tenait également à mesurer le potentiel de la T.V. communautaire pour rejoindre les citoyens.

Les résultats sont stratifiés selon les méthodes habituelles (âge, sexe, ...).

Pour ce qui est des cotes d'écoute et de la popularité des émissions en général, les intéressés devront s'en tenir aux sondages BBM.

4.1 Période d'écoute:

La grande majorité des répondants écoutent la télévision à tous les jours. La soirée constitue la période de la journée la plus propice à la "téléphagie": 87 % des adultes disent écouter souvent la T.V. le soir (4 fois ou plus par semaine), moins de 2% ne l'écoutent jamais (tableau 23, page 69).

A l'heure du souper, le petit écran touche SOUVENT (4 fois ou plus par semaine) 61% des adultes alors que moins de 9 % ne le sont jamais. Les autres

périodes d'intérêt sont le midi (37 % de SOUVENT et 20 % de JAMAIS) et l'après-midi (34 % de SOUVENT et 21 % de JAMAIS). L'avant-midi et surtout la nuit sont des périodes d'écoute marginales.

Les tests statistiques ont évalué les différences d'écoute selon l'âge, le sexe, la scolarité, l'occupation, le statut socio-économique et le district socio-sanitaire. Il faut noter cependant que l'ordre relatif des périodes d'écoute demeure le même pour toutes les catégories de répondants: soirée, souper, midi ou après-midi, avant-midi, nuit. Examinons chaque période en fonction des diverses variables (tableaux trop volumineux, disponibles chez l'auteur).

4.1.1 L'avant-midi (9:00-12:00 hres):

L'écoute de la télé, l'avant-midi, varie grandement selon l'âge ($\chi^2 = 23.1$, $p < .01$): 42 % des personnes âgées l'écoutent SOUVENT contre environ 20 % pour les autres groupes.

Cette écoute varie évidemment selon le sexe ($\chi^2 = 34.5$, $p < .0001$): seulement 12 % des hommes ont répondu souvent contre 25 % des femmes.

Les données traduisent également une différence selon l'occupation principale ($\chi^2 = 50.1$, $p < .0001$): les personnes à leur retraite ou au foyer étant des téléspectateurs matinaux plus fidèles (respectivement 37 % et 26 % de SOUVENT) que les gens qui occupent un emploi (9 %).

La scolarité du répondant joue aussi un rôle significatif ($\chi^2 = 65.1$, $p < .0001$): plus la scolarité augmente moins les répondants sont des téléspectateurs fidèles. La proportion de SOUVENT passe de 28% chez les personnes avec un cours primaire à 24% pour un cours secondaire, 18% pour un cours collégial et 0% chez les universitaires. 70% de ces derniers n'écoutent d'ailleurs jamais la T.V. le matin.

La même situation prévaut selon le statut socio-économique ($\chi^2 = 38.0$, $p < .0001$): l'auditoire passe de 22 % de SOUVENT chez la classe inférieure à 17% (moyenne inférieure), 13 % (moyenne supérieure) et 8 % (supérieure).

Seul le district socio-sanitaire de résidence ne révèle aucune différence significative dans la cote d'écoute matinale des répondants.

La télé le matin s'avère donc un moyen de cibler plus spécifiquement les personnes âgées. Mais ne peut tout de même atteindre que 42 % de ces derniers.

4.1.2 Le midi (12:00-13:00 hres):

L'écoute de la télé sur l'heure du dîner varie significativement selon l'âge ($\chi^2 = 58.0, p < .0001$). Les personnes âgées demeurent des auditeurs particulièrement fidèles (71% de SOUVENT) par rapport aux moins de 45 ans (30%). Cette situation se répercute sur le taux d'écoute des retraités (79 % de SOUVENT) alors que chez les autres types d'occupation ce chiffre ne dépasse pas les 42 %.

De plus, les gens ayant une faible scolarité sont de plus grands spectateurs, le midi, de même que les personnes de statut socio-économique inférieur (cours primaire= 49 % de SOUVENT, classe inférieure= 45 %).

Le sexe et le district socio-sanitaire n'apparaissent pas reliés de façon significative au taux d'écoute T.V. le midi.

4.1.3 L'après-midi (13:00-17:00 hres):

En après-midi, l'âge du répondant demeure une variable discriminante ($\chi^2 = 30.9, p < .0001$). Les personnes âgées (55% de SOUVENT) et les plus jeunes (44 % chez les 20-24) constituent des groupes plus à l'écoute que les autres. Ce qui induit également des différences au niveau de l'occupation principale: les retraités (49 %) et les sans emploi (45 %) sont de plus gros téléphages).

Le sexe du répondant influence l'écoute T.V. en après-midi ($\chi^2 = 19.7, p < .001$): plus de femmes que d'hommes l'écoutent souvent (36 % contre 26 %).

Les gens peu instruits demeurent de plus forts consommateurs (primaire= 48%, universitaire= 9 %) de même que les personnes de condition socio-économique inférieure (41% de SOUVENT contre 10 % chez la classe supérieure).

Le district socio-sanitaire n'a pas d'influence mesurable.

4.1.4 Au souper (17:00-19:00 hres):

A l'heure du souper, les relations entre les diverses variables explicatives et la régularité d'écoute de la télévision diffèrent sensiblement.

L'âge demeure une variable significative ($\chi^2 = 51.0$, $p < .0001$). Cependant, les 45-64 ans constituent l'auditoire le plus fidèle (78 % de SOUVENT) alors que les autres groupes frôlent la moyenne (61%).

Les autres facteurs restent semblables. La fréquence d'audition diminue à mesure qu'augmentent la scolarité (primaire= 72 % de souvent, universitaire= 42 %) et le statut socio-économique (inférieur= 66 %, supérieur= 43 %).

Le sexe du répondant, son occupation principale et son district socio-sanitaire n'influencent pas de façon significative le taux d'écoute.

4.1.5 En soirée (19:00-23:00 hres):

En soirée, les différences entre les diverses catégories de téléspectateurs disparaissent. La proportion de répondants qui mentionnent "souvent" varie de 80 à 93 % selon les diverses catégories. Cette stabilité ne se dément pas peu importe l'âge, le sexe, la scolarité, l'occupation principale, le statut socio-économique ou le district du répondant.

Seule remarque intéressante, les couches sociales défavorisées (scolarité = cours primaire, niveau socio-économique inférieur) sont plus touchées par la télévision alors que les universitaires et les gens aisés le sont moins.

4.1.6 La nuit (après 23:00 hres):

La cote d'écoute en fin de soirée baisse de façon drastique et se limite aux sans emploi (14% de SOUVENT) et aux gens qui travaillent de nuit.

4.2 Émissions du midi:

Les émissions d'intérêt général diffusées sur l'heure du dîner aux postes régionaux (CJPM et CKRS) constituent des tribunes accessibles.

Ces stations offrent la chance aux organismes régionaux de promouvoir certaines activités à caractère communautaire (Interviews, temps d'antenne

gratuit). Les données qui figurent au tableau 24 (page 70) illustrent la pénétration de ces émissions.

A première vue l'impact potentiel de ces deux émissions apparaît limité. Pour la population globale, environ 11% des répondants synthétisent l'émission du midi à CJPM et 12.5 % pour celle de CKRS. Si on considère les autres types de réponse, plus de 50 % des adultes ne prennent jamais ces émissions.

Cependant, comme le montre le tableau 24, les taux d'écoute varient beaucoup selon le type d'auditoire sans jamais dépasser cependant les 30% de téléspectateurs "d'habitude".

Ainsi, les personnes âgées (65 ans et plus) écoutent plus ces émissions (20 % pour CJPM et 28 % pour CKRS). De même, les femmes (13 % pour chaque émission), les peu scolarisés (18 % pour CKRS), les retraités (23 % pour CJPM et 27 % pour CKRS), et les gens de niveau socio-économique inférieur (15 % à CJPM et 12 % à CKRS). Enfin, les résidents du district d'Alma semblent beaucoup plus friands de l'émission du midi de CKRS (18 % "d'habitude").

4.3 Télévision communautaire:

La télévision communautaire (T. V.C.) comme son nom l'indique constitue théoriquement un véhicule idéal pour les organisations à caractère communautaire. Puisque sa mission première est de mettre à la disposition du milieu du temps d'antenne et des moyens de production technique, la télé communautaire offre aux C.L.S.C. et au DSC le moyen de se servir, gratuitement, de la T.V. pour passer des messages à contenu éducation sanitaire.

Cependant les limites de ce média sont aussi évidentes que ses avantages. Les émissions communautaires ne sont accessibles qu'aux abonnés au câble. La T. V.C. en général possède des moyens de production et une expertise technique très limités. Les cotes d'écoute sont souvent très marginales.

La présente enquête visait, entre autres, à étudier deux de ces limites potentielles. Nous avons voulu, dans un premier temps vérifier si le câble était très répandu et s'il était réservé à une élite socio-économique. Par la suite, nous tenterons d'analyser la popularité de la T.V.C. lors de la semaine précédant la réponse à l'enquête.

4.3.1 Télévision par câble:

Comme le montre le tableau 25 (page 71), abonnement à la télévision par câble est assez répandu dans notre région. Près de 57 % de la population adulte dans l'ensemble se dit "câblée" (contre 61% au Canada). Lorsque l'on ne tient compte que des localités dotées d'un service de câblo-distribution, la proportion de répondants abonnés grimpe à plus de 78 %.

Ces chiffres somme toute impressionnants révèlent donc une pénétration importante qui rend accessible pour beaucoup de gens la télévision communautaire.

La recherche visait en plus à vérifier certaines hypothèses. Le câble est-il aussi populaire dans tous les districts socio-sanitaires? Certains groupes d'âge sont-ils plus abonnés? Le câble est-il l'apanage d'une certaine "élite" socio-économique plus à l'aise? Les résultats figurent au tableau 25.

Le taux de pénétration du câble varie sensiblement selon le district socio-sanitaire ($\chi^2 = 76.2$, $p < .0001$). Ainsi à Chibougamau, presque tous les répondants se disent abonnés au câble (90 %), alors qu'à Alma ce chiffre se réduit à moins de la moitié (46 %). A Roberval (62 %) et Dolbeau (56 %), les données sont plus semblables. Cette situation s'explique par le fait que les deux localités du district de Chibougamau possèdent un réseau de câble et qu'on ne puisse y capter de façon satisfaisante la télévision conventionnelle. Au contraire, à Alma, seules cette ville et la municipalité de Taché (St-Nazaire) étaient câblées au moment de l'enquête.

Les autres variables ne semblent pas avoir d'influence sur le fait d'être câblé ou pas. En effet, les variable âge ($\chi^2 = 0.21$, N.S.), scolarité ($\chi^2 = 3.42$, N.S.) et statut socio-économique ($\chi^2 = 4.87$, N.S.) ne sont pas associées de façon significative au fait d'être abonné au câble. Ce qui infirme notre hypothèse voulant que les gens plus à l'aise financièrement aient plus tendance à être abonnés.

4.3.2 Ecoute de la T.V. communautaire:

Les abonnés au câble ayant la possibilité de synthoniser un canal de télévision communautaire, nous leur avons demandé s'ils écoutaient ce poste au moins une fois par semaine. les résultats apparaissent au tableau 26 (page 72).

Environ 32 % des répondants abonnés au câble disent écouter au moins une fois par semaine la télévision communautaire. Cette proportion, plus élevée que ne le laissent croire nos intuitions personnelles, révèle un certain potentiel pour atteindre la population. Cependant, si l'on ramène ce chiffre à la population globale, la T.V.C. n'atteint que 18 % des adultes (au moins une fois par semaine).

Cependant, ce pourcentage varie grandement selon la catégorie de répondants. Ainsi, ce chiffre varie sensiblement selon le district socio-sanitaire ($\chi^2 = 9.28$, $p < .05$). La T.V.C. semble plus populaire chez les "câblés" des districts Roberval et Alma (37 %) et moins à Dolbeau (22 %). En ce qui concerne la population globale, la T.V.C. de Chibougamau touche plus de 25 % des adultes (en raison du fort taux de pénétration du câble). Dans le district de Dolbeau, seulement 12 % des adultes disent écouter au moins une fois par semaine la T.V.C.

L'âge du répondant révèle également des habitudes d'écoute significativement différentes ($\chi^2 = 11.5$, $p < .01$). Comme pour les autres types de télévision, plus l'âge augmente, plus l'audience de la T.V.C. suit la même tendance: 22 % chez les 20-24, 30 % chez les 24-44, 39 % chez les 45-64 et 50 % chez les 65 ans et plus.

La scolarité du répondant joue aussi un rôle ($\chi^2 = 9.66$, $p < .05$). Les personnes peu scolarisées (primaire) ont tendance à plus synthoniser la T.V.C. (45 % d'auditeurs au moins une fois par semaine). Par contre, ce taux d'écoute diminue à mesure qu'augmente la scolarité (université= 23 %).

En terme de statut socio-économique, on observe des différences significatives ($\chi^2 = 8.11$, $p < .05$) mais beaucoup plus difficiles à interpréter. En effet, les répondants du niveau moyen inférieur écoutent peu la télé communautaire (13%) alors que les autres groupes varient autour de la moyenne.

Enfin, l'occupation principale apparaît reliée au taux d'écoute de la T.V.C. ($\chi^2 = 13.8$, $p < .01$). Les retraités (48 %) et les personnes au foyer (36 %) sont de fidèles auditeurs, alors que les travailleurs (22 %) et les sans-emploi (23 %) sont peu touchés.

Il n'existe aucune différence d'écoute de la télé communautaire selon le sexe du répondant.

Il ressort donc des résultats que la télé communautaire est plus populaire chez les personnes âgées, les personnes peu scolarisées et les résidents des districts de Roberval et d'Alma (en ce qui concerne les personnes câblées).

5. LE STAND DANS UN LIEU PUBLIC:

Le stand dans un lieu public (kiosque d'information) constitue une formule de contact avec la population largement utilisée par les organismes communautaires. D'après les intervenants, certaines expériences sont très fructueuses (ex.: kiosque à l'Expo de St-Félicien, Foire Optimiste) d'autres apportent apparemment peu de résultats (ex.: stand dans les centres d'achat).

Le chapitre 1 a démontré que les répondants ne croyaient pas en l'efficacité des stands d'information tenus dans un centre commercial (du moins dans un but d'information socio-sanitaire). Le présent chapitre veut vérifier le vécu des répondants face aux "kiosques" d'information, et surtout le type de stand le plus susceptible de succès.

Pour ce faire, six (6) questions portaient sur le souvenir de s'être arrêté à un stand, la circonstance, la documentation et le point d'intérêt du kiosque. Bien entendu, ce type de questions faisant appel à des souvenirs plus ou moins lointains doit être interprété de façon très prudente, en tenant compte de toutes les nuances dues à ses limites intrinsèques.

5.1 Participation à un kiosque d'information:

Dans l'ensemble, plus de la moitié (55 %) des répondants se souvenaient d'être déjà arrêtés à un kiosque d'information.

Contrairement à plusieurs autres médias cependant, le fait d'être déjà arrêté à un stand d'information n'apparaît pas relié à l'âge ou au district socio-sanitaire. Par contre, il existe une association significative avec le sexe, la scolarité, l'occupation et le statut socio-économique du répondant (voir tableau 27, page 73).

Ainsi, une proportion plus forte de femmes disent avoir été déjà attirées par un stand ($\chi^2 = 5.24$, $p < .05$): 56.4 % contre 47.7 % des hommes.

L'occupation principale constitue également une variable explicative intéressante ($\chi^2 = 17.4$, $p < .01$). Ainsi, les personnes occupant un travail

(65 %) apparaissent beaucoup plus susceptibles d'avoir fréquenté un tel kiosque. Leur emploi les amène sans doute plus à sortir de chez eux et les expose à ce type d'activités.

Cette réalité se traduit aussi d'une autre manière. Au contraire de plusieurs médias (radio, télévision, hebdomadaires), le stand d'information touche plus les couches instruites et aisées de la population.

En effet, le taux de participation mentionné varie beaucoup en fonction de la scolarité ($\chi^2 = 18.7$, $p < .01$). Il passe de 47 % et 50 % chez les adultes n'ayant qu'un cours primaire ou secondaire à 64 % et 68 % chez ceux qui ont une formation collégiale ou universitaire.

De même, la participation à un stand d'information est associée de façon statistiquement significative au statut socio-économique ($\chi^2 = 20.3$, $p < .01$). Les gens les plus aisés (niveau supérieur) sont beaucoup plus susceptibles de s'être déjà arrêtés à un kiosque (74 %) que les gens du niveau inférieur (49%).

5.2 Circonstance du kiosque:

Le questionnaire demandait, aux seuls répondants qui se souvenaient d'être déjà arrêtés à un stand, à quelle occasion ils s'y étaient arrêtés la dernière fois. Le répondant pouvait indiquer l'une des quatre circonstances suivantes: un centre commercial, une exposition (agricole, industrielle,....), un établissement public (hôpital, CLSC école), autre chose.

Les résultats apparaissant au tableau 28 (page 74) désignent le centre commercial comme la circonstance la plus mentionnée (38 % des répondants, 43 % de la population adulte après ajustement pour le sexe). L'exposition suit (31%), de même que les endroits publics (25 %). Les autres circonstances sont marginales (3.9 %).

La dernière occasion au cours de laquelle les répondants se sont arrêtés à un stand d'information varie significativement selon le district socio-sanitaire ($\chi^2 = 28.8$, $p < .01$). Ainsi, dans le district de Chibougama, les répondants mentionnent beaucoup plus l'établissement public (40 % contre 22 % ailleurs) et beaucoup moins l'exposition (15 % contre 36 % ailleurs). Cette situation est sans doute attribuable en partie à une utilisation systématique des établissements publics par les responsables de l'information et à l'absence d'une exposition annuelle, donc à la pratique locale.

Dans les districts de Roberval et Dolbeau, l'exposition est mentionnée par respectivement 41.4 % et 37.4 % des répondants (contre 23 % ailleurs). La présence de l'Expo Régionale de St-Félicien et de la Foire Optimiste de Roberval sont des explications plausibles, de même que la participation habituelle des organismes socio-sanitaires à ces activités.

Dans le district d'Alma, le centre commercial constituait la principale circonstance de participation à un stand (44 % contre 35 %). Le grand nombre de centres commerciaux et la relative concentration de la population expliquent sans doute en partie cette relation, de même que l'inexistence d'une exposition (au moment de l'enquête).

Les tests statistiques (tableau 28, page 74) révèlent une seconde différence significative selon le sexe ($\chi^2 = 14.6$, $p < .01$). Ainsi, les hommes mentionnent beaucoup plus les centres commerciaux (51% contre 34 %) alors que les femmes répondaient plus souvent "les établissements publics" (28 % contre 18 %). Il est plausible de croire que les hommes ont tendance à profiter du fait que leurs femmes magasinent pour se renseigner à un stand d'information. D'un autre côté, plusieurs documents disponibles indiquent que les femmes fréquentent plus les établissements publics mentionnés (hôpital, C.L.S.C.) et sont donc susceptibles d'être touchées par un kiosque monté dans ces endroits.

Les tests statistiques ne dévoilent aucune association significative avec les autres variables étudiées (l'âge, la scolarité, l'occupation et le niveau socio-économique des répondants).

5.3 Contenu du stand:

Afin de mieux orienter les futures activités de ce type, nous avons questionné les répondants sur leur comportement face au dernier stand dont ils se souvenaient: avaient-ils discuté avec les préposés ou seulement regardé passivement, ont-ils pris de la documentation et qu'en ont-ils fait, qu'est-ce qui les attire le plus dans un kiosque?

Le tableau 29 (page 75) illustre les données relatives aux discussions avec les préposés. Les résultats révèlent qu'un peu moins de la moitié des répondants (48.5 %) avaient discuté avec les préposés lors de leur dernière participation à un stand. Cependant, une fois ajusté en fonction du sexe (car les femmes avaient beaucoup moins discuté), ce chiffre dépasse la moitié (50.4 %). Il est évident dans l'esprit des responsables de l'information socio-sanitaire, que plus les gens discutent et posent des questions, plus l'impact du stand sera grand. Il est donc encourageant de savoir que la moitié des

gens qui s'arrêtent à un stand prennent la peine de discuter avec les préposés.

Les tests statistiques montrent des différences légèrement significatives selon le district socio-sanitaire ($\chi^2 = 4.74$, $p < .05$). Pour les districts, Chibougamau fait toute la différence: seulement 35 % des répondants disent avoir posé des questions contre 51% ailleurs. Dans le cas du sexe du répondant, une proportion bien plus forte d'hommes (56.2 %) que de femmes (44.8 %) disaient avoir discuté avec les préposés, ce qui va à l'encontre de notre hypothèse de départ. Les autres variables quant à elles (âge, scolarité, occupation et statut socio-économique) ne sont pas reliées au fait d'avoir discuté avec des préposés.

Le tableau 30 (page 76) présente un portrait de ce que les gens font de la documentation recueillie dans le dernier kiosque d'information dont ils se souviennent. Après ajustement mathématique pour les différences selon le sexe, il appert que 50 % des adultes mentionnent lire et jeter ensuite les documents et 40 % disent les lire et les conserver. De plus, 5 % avouent les jeter sans les lire.

L'auteur croit utile d'insérer ici une petite discussion préventive. Plusieurs intervenants, qui ont participé à de tels kiosques, seront tentés de se dire: ces chiffres ne sont pas bons, les gens ont voulu nous faire plaisir ou ont été gênés de dire qu'ils jettent les documents! Il est bon de préciser que, dans une enquête postale, le biais dû à la désirabilité sociale (le fait de vouloir faire plaisir à l'enquêteur ou de répondre ce qu'on croit qu'il attend de nous) est réduit à son minimum¹. De plus, il convient de bien s'entendre sur la définition des termes. Par "lu et jeté ensuite", le répondant comprenait qu'il avait au moins pris connaissance du document (même s'il peut l'avoir jeté ensuite dans la poubelle la plus proche). De même "lu et conservé" signifie que le répondant a lu le document qu'il l'avait toujours en sa possession en sortant du lieu d'exhibition (et non pas qu'il le conserve soigneusement à titre de référence). Même si un certain pourcentage de gens agissent ainsi, il serait illusoire de croire que ce chiffre approche 40%! Fin du commentaire.

Les tests statistiques (tableau 30, page 76) montrent que l'utilisation de la documentation ne varie pas d'un district à l'autre. Sauf dans celui d'Alma où les gens ont plus tendance à "lire et jeter" peu de temps après (54 % contre

1. DILLMAN, Don A., Mail and Telephone Surveys: The Total Design Method, John Wiley and Sons, Toronto, 1978, 325

42 % ailleurs) qu'à 'lire et conserver' (38 % contre 49 % ailleurs). Par contre, les différences selon le sexe sont frappantes ($\chi^2 = 19.9$, $p < .001$). En effet, les hommes ont plus tendance à prendre connaissance d'un document et à s'en débarrasser rapidement (59 % contre 42 %) alors que les femmes le conservent plus longtemps (52 % contre 29 % pour les hommes). De même, deux fois plus d'hommes que de femmes disaient avoir jeté leur documentation sans l'avoir lue (7.7 % contre 3.8 %). Cette situation se reflète sur les différences selon l'occupation principale ($\chi^2 = 16.0$, $p < .05$). Les personnes au foyer, surtout des femmes, et les sans-emploi lisent et conservent leurs documents alors que les travailleurs les lisent et s'en débarrassent rapidement.

L'utilisation de la documentation n'apparaît cependant reliée à aucune des autres variables testées: l'âge, la scolarité, l'indicateur de statut socio-économique ou la circonstance du kiosque.

La dernière question au sujet des stands d'information portait sur le type d'activité qui intéressait le plus les gens. Les résultats apparaissent au tableau 31 (page 77). Il ressort de l'enquête que trois sources d'intérêt principales sont identifiées par les répondants: la distribution de brochures ou de matériel gratuits (attire 39.3 % des répondants), l'audio-visuel (37.3 %) et la présence d'animateurs (32.8 %). Les autres incitatifs apparaissent bien moins populaires: des affiches (12.7 %), un décor attrayant (11.7 %), un jeu qui fait participer les gens (10.7 %) sont mentionnés de façon similaire. Enfin, le tirage d'un prix de participation (6 %) semble tout à fait secondaire dans l'esprit des répondants.

Le tableau 31 montre également ces mêmes moyens incitatifs en fonction de différentes clientèles-cibles. Nous ne mentionnerons ici que les différences les plus remarquables. Ainsi, les gens du district de Chibougamau se disent beaucoup plus intéressés par la distribution de brochures ou de matériel que les autres (50.3 %). Les personnes âgées ont aussi des réponses singulières: aucun incitatif ne ressort du peloton; l'intérêt est beaucoup moindre que chez les autres groupes d'âge. Enfin, l'intérêt des femmes pour les brochures ou le matériel gratuit apparaît bien supérieur à celui des hommes (44 % contre 31 %) ce qui va dans le sens des données sur l'utilisation de la documentation.

6. CERTAINES ALTERNATIVES:

Les moyens alternatifs étudiés ici concernent des moyens d'information de masse moins traditionnels que ceux analysés jusqu'à maintenant. L'étude se limite aux média de masse seuls susceptibles de toucher une part

significative de la population. D'autres moyens alternatifs plus axés vers des problèmes spécifiques (consultation individuelle, assemblées de cuisine de type "tupperware", réunions de pairs, etc.) ne sont pas touchés par l'enquête.

Les moyens alternatifs de masse dont traite le présent chapitre sont le bulletin paroissial, les affiches dans un endroit public, l'information postale et le journal gratuit (sur liste d'envoi).

6.1 Bulletin paroissial:

L'enquête évalue la pénétration du bulletin paroissial chez la population adulte au moyen d'une question portant sur la fréquence de lecture des annonces communautaires du bulletin. Le répondant pouvait indiquer quatre choix de réponse: REGULIEREMENT (à toutes les semaines), PARFOIS (au moins une fois par mois), RAREMENT (moins d'une fois par mois) et JAMAIS. Les résultats figurent au tableau 32 (page 78), et permettent de constater la popularité relative du bulletin paroissial et les grandes différences entre les divers types de répondants.

En effet, 49 % des répondants (44 % de la population du DSC) lisent à chaque semaine les annonces communautaires du feuillet paroissial. En fait, seulement 14 % (17 % de la population totale) ne le consultent jamais.

Ces chiffres varient cependant de façon spectaculaire selon les diverses catégories de répondants. Même s'il n'existe pas de différences significatives entre les divers districts socio-sanitaires.

L'âge du répondant s'avère la variable la plus fortement reliée au taux de lecture du Bulletin ($\chi^2 = 99.6$, $p < .0000$). Comme l'on devait s'y attendre la fréquence de lecture augmente avec l'âge. De 33 % chez les 20-24 et 41 % chez les 25-44 ans, le taux de lecteurs réguliers (à chaque semaine) passe à 69 % chez les 45-64 et 84 % chez les 65 ans et plus. Il est bon de souligner que ces taux très élevés sont d'autant plus significatifs que la lecture du Bulletin est probablement plus attentive que celle d'un hebdo ou d'un quotidien.

La lecture du feuillet paroissial apparaît également nettement reliée au sexe ($\chi^2 = 59.3$, $p < .0000$). Les femmes sont des lectrices beaucoup plus régulières du bulletin paroissial: 56 % en lisent les annonces communautaires à toutes les semaines (32 % chez les hommes). Moins de 10 % ne le lisent jamais (près de 25 % chez les hommes).

De même, la scolarité s'avère un facteur discriminant fort significatif ($x^2 = 66$, $p < .0000$): le taux de lecteurs réguliers diminue lorsque la scolarité augmente. Ainsi, 69 % des gens ayant un cours primaire lisent le bulletin à toutes les semaines alors que ce pourcentage diminue graduellement à 46 % (secondaire), 42 % (collégial) et 30 % (université).

Cette relation se reflète directement chez le statut socio-économique qui détermine aussi des fréquences de lecture différentes ($x^2 = 41.6$, $p < .0000$). Chez les personnes de condition dite "inférieure", 51.4 % lisent le bulletin paroissial à chaque semaine, contre 30 % pour les classes moyenne-inférieure et moyenne-supérieure et 39 % pour la classe supérieure.

L'occupation principale du répondant distingue également des classes de lecteurs différentes ($x^2 = 67.3$, $p < .003$). Ces distinctions peuvent toutefois être attribuées en grande partie aux différences entre les deux sexes et entre les âges. En effet, les retraités (qui sont surtout des personnes âgées) sont des lecteurs assidus du bulletin paroissial (73 % de REGULIERS) de même que les personnes au foyer (55.5 %), qui sont surtout des femmes. Les sans-emploi (42 %) et les gens qui occupent un emploi (31 %) disent lire moins régulièrement les annonces communautaires du bulletin paroissial.

6.2 Affiches dans un endroit public:

L'étude de ce média procède de deux questions: l'une portait sur le fait de lire parfois des affiches dans les endroits publics (magasin, banque,...), l'autre sur le facteur qui attire le plus les gens (chez ces affiches). Les résultats en question apparaissent au tableau 33 (page 79).

La plupart des répondants (79%) consultent, au moins à l'occasion, ce type d'affiches (730 répondants contre 195). Le facteur d'intérêt premier de ces affiches est le thème (72%), l'illustration apparaît au second rang (13%). L'endroit où est posée l'affiche (7.6%) et les autres facteurs (couleurs, grosseur des lettres, soit 7.3%) semblent d'importance marginale.

Le district socio-sanitaire ne différencie pas de façon significative l'habitude de lire des affiches ($x^2 = 6.44$, N.S.). Les facteurs d'intérêt demeurent partout semblables au modèle général: le thème prédomine outrageusement.

Phénomène intéressant, l'âge s'avère une variable discriminante très significative ($x^2 = 50.3$, $p < .0000$). Le média "affiches", au contraire du journal, intéresse plus particulièrement les plus jeunes répondants. Alors que l'affiche possède un impact très important chez les 20-24 ans (90 %) et les 25-44 (82%),

sa popularité baisse rapidement après cet âge: 70 % chez les 45-64 et 52 % chez les 65 ans et plus. Pour ce qui est du facteur d'intérêt principal: aucune différence selon l'âge. A remarquer cependant la prédominance relative moindre du thème chez les 20-44 ans (70 % contre 80 % chez les 45 ans et plus).

Le niveau de scolarité complétée constitue une seconde variable discriminante ($\chi^2 = 33$, $p < .0001$) qui détermine en fait deux catégories de lecteurs d'affiches. Les gens de faible scolarité (primaire) sont beaucoup moins portés à lire des affiches (63 %) que ceux qui possèdent une scolarité secondaire ou supérieure (83 %). Il existe cependant une forte collinéarité entre le fait d'être plus âgé et celui d'être peu scolarisé. Le facteur d'intérêt principal de l'affiche demeure partout le même (le thème) et ne varie pas selon le niveau de scolarité.

Les autres variables étudiées (le sexe, l'occupation principale ou le statut socio-économique) n'ont aucune influence sur la lecture des affiches dans un endroit public.

6.3 Matériel provenant des C.L.S.C.:

Le dernier moyen d'information de masse analysé ne porte pas sur un média déjà existant. Les répondants furent amenés à se prononcer sur deux types de sources potentielles émanant des C.L.S.C.: la documentation postale de style "publicité à domicile" et un journal gratuit de la santé communautaire. Les résultats apparaissent au tableau 34 (page 80).

Notons d'abord que l'immense majorité des répondants aimeraient recevoir de l'information santé par la poste (95 %) ou être placés sur la liste d'envoi d'un journal gratuit d'un C.L.S.C. (96 %).

Ce souhait ne se modifie à peu près jamais de façon significative selon les divers groupes de répondants. Les variables "district socio-sanitaire", "âge", "occupation principale", "scolarité" ou "niveau socio-économique" n'apparaissent nullement reliées au désir de distribution postale ou d'un journal spécifique.

Seul le sexe permet d'identifier des différences significatives, bien que faibles. Ainsi, le désir de recevoir de l'information postale semble légèrement inférieur chez les hommes, 90.5 % contre 97 % ($\chi^2 = 16.5$, $p < .001$), de même que le souhait d'un journal dédié à l'information socio-sanitaire, 93 % contre 97 % ($\chi^2 = 7.3$, $p < .01$).

En fait, rien ne permet de nuancer notre première analyse: ces deux formes d'information apparaissent généralement souhaitées par la population ce qui semble en accord avec les moyens privilégiés par les répondants (chapitre 1). L'accueil effectif et l'impact réel de telles mesures ne peuvent cependant être évalués par la présente enquête. Il faudrait voir ce qui se passe ailleurs ou tenter une expérience-pilote.

7. CONCLUSION:

Les principaux médias régionaux étudiés dans le présent rapport le furent de façon générale. Le texte évalue la portée de chaque moyen d'information chez la population en général et chez certaines sous-populations simples pré-définies (les districts, les hommes ou les personnes âgées par exemple).

Cependant, la base des données et les méthodes informatiques utilisées permettront éventuellement d'étudier des clientèles-cibles à des actions plus spécifiques (les femmes âgées de 45 à 59 ans, plus à risque d'un cancer du sein par exemple).

En guise de conclusion, nous résumerons dans les paragraphes qui suivent les grandes constatations découlant de chacun des médias étudiés.

Ainsi, les hebdomadaires peuvent être un outil d'information efficace: ils pénètrent chaque semaine chez la plupart des répondants. Seul, le Progrès-Dimanche peut prétendre au titre de régional: près de 60 % de l'ensemble de la population adulte le lit à chaque semaine. Les autres hebdos ont un caractère plus localisé par district: La Sentinelle à Chibougamau (86 % de lecteurs adultes à chaque semaine), l'Etoile du Lac à Roberval (65 % en payant, tendance vers 85 % avec la distribution gratuite), le Point à Dolbeau (83 %) et le Lac St-Jean à Alma (56 % en payant, tendance vers 80 % avec la distribution gratuite).

Le Progrès-Dimanche et l'Etoile du Lac semblent toucher particulièrement les répondants un peu plus âgés (45 ans et plus) alors que les autres hebdos couvrent de la même façon tous les groupes d'âge. Aucune autre variable ne semble influencer la lecture des hebdos.

Les sections thématiques les plus suivies, dans les hebdos, sont l'information locale et régionale (80,5 % des lecteurs), la chronique santé (52 %) et l'information nationale et internationale (48 %). L'appréciation de chaque section peut varier en fonction de facteurs comme le sexe, l'âge, la scolarité

ou le statut socio-économique du répondant. Les différentes campagnes d'information ou les annonces publicitaires devraient pouvoir utiliser de ces données.

Les quotidiens les plus distribués dans la région furent également étudiés. Il appert que Le Quotidien de Chicoutimi couvre le mieux la population adulte du territoire: 31% des répondants le lisaient chaque jour. Le Journal de Québec occupe aussi une part significative (20 % de lecteurs quotidiens). Quant à La Presse, au Devoir et au Soleil, ils n'occupent qu'une place insignifiante du marché. La popularité des quotidiens varie selon le district socio-sanitaire, l'âge ou le sexe des répondants.

Les sections les plus populaires des quotidiens demeurent semblables aux hebdomadaires: L'information locale et régionale (77%), l'information nationale et internationale (58 %) et la chronique-santé (50 %). Bien que leur pénétration soit inférieure aux hebdomadaires, la publication quotidienne de ces journaux en fait des véhicules potentiels intéressants chez certaines sous-populations plus spécifiques.

La radio, utilisée principalement pour la promotion d'activités et parfois pour transmettre du contenu, fut également évaluée. Ce média de masse touche la plupart des adultes: 55 % l'écoutent à tous les jours. Cette fréquence varie peu selon les catégories de répondants. L'enquête a également permis d'identifier les créneaux horaires les plus populaires: le matin (6 à 9 heures) et l'avant-midi (9 à 12 heures) dominant. Les préférences varient quelque peu selon les clientèles-cibles.

L'étude rend aussi possible l'analyse de la cote d'écoute des diverses stations. Pour l'ensemble du territoire CHRL (Roberval) domine: 58% des répondants l'avaient écouté lors de la dernière semaine. CFGT (Alma) et CJAB (Chicoutimi) suivent avec 37 %. Evidemment, à l'échelle de chaque district, la station locale prévaut: à Chibougamau, CJMD avait touché 93 % des adultes; dans Roberval, CHRL atteignait 95 % et CJAB 38 %; dans Dolbeau, CHVD touchait 93 % des gens, CHRL 45 % et CJAB 30 %; enfin dans Aima, CFGT avait été écouté par 83 %, CHRL par 55 %, CJAB par 47 % et CKRS par 41%. Les auditoires varient peu selon les catégories de répondants.

En terme de télévision, l'étude visait à évaluer l'impact des émissions du midi aux postes régionaux (faciles d'accès pour les organismes communautaires) et le potentiel de la télévision communautaire.

Les émissions du midi n'ont qu'un impact très limité: environ 12 % des adultes disent les écouter habituellement. Ces auditoires peuvent varier: les per-

sonnes âgées entre autres écoutent beaucoup plus la télévision, mais l'auditoire ne dépasse jamais 30 %.

La télévision communautaire d'un autre côté semble plus populaire que nos hypothèses ne le laissent croire. La T. V.C. atteint 18 % de la population adulte au moins une fois par semaine (soit 32 % des abonnés au câble). Cette couverture varie selon les districts socio-sanitaires (plus populaire à Roberval et Alma, 37 % des câblés), l'âge (les plus vieux l'écoutent beaucoup), la scolarité (les peu scolarisés sont plus fidèles, 45 %) et l'occupation. Si l'on considère les possibilités techniques et le temps d'antenne gratuit offerts par la T. V.C., ce média offre un potentiel d'éducation-information intéressant. Un programme pour être efficace devrait cependant intégrer une stratégie promotionnelle importante visant à attirer l'attention du public vers de telles émissions.

Le stand d'information dans un lieu public, un mode d'information très répandu, faisait l'objet d'une investigation détaillée. Ce type de stand semble posséder un potentiel intéressant comme moyen de sensibilisation ou pour distribuer de la documentation et des explications de base. Chaque activité spécifique ne touche cependant pas la "masse".

Plus de la moitié de la population se souvient s'être déjà arrêtée à un tel kiosque. Ce pourcentage varie beaucoup: les couches instruites et aisées de la population sont plus touchées par ce type d'activité qui donne la chance de discuter avec des "experts". Le centre commercial (43%), l'exposition (30 %) et l'établissement public (23 %) constituent les lieux d'exhibition principaux. L'ordre relatif de ces trois circonstances varie cependant énormément selon le district sanitaire et le sexe. Environ la moitié des gens qui s'arrêtent à un stand discutent avec les préposés (56 % des hommes). Au sujet de la documentation distribuée, 50 % des répondants disent lire et jeter ensuite les documents et 40 % les lire et les conserver, 5 % avouent les jeter sans les lire. Les habitudes diffèrent totalement selon le sexe: les hommes ont tendance à se débarrasser rapidement des documents alors que les femmes les conservent plus longtemps. Enfin, les sources d'intérêt principales d'un stand sont la distribution de brochures ou matériel gratuits (39 %), l'audio-visuel (37 %) et la présence d'animateurs (33 %).

Au chapitre des moyens alternatifs, le bulletin paroissial démontre un impact surprenant particulièrement chez les plus âgés et les femmes. 49 % des adultes en général en lisent les annonces communautaires à chaque semaine. Ce pourcentage grimpe à 69 % chez les 45 à 64 ans et 84 % chez les 65 ans et plus, de même 56 % des femmes les lisent à chaque semaine. De plus, ce bulletin touche particulièrement les peu scolarisés (69 %), les per-

sonnes de statut économique inférieur (51%), les retraités (73 %) et les personnes au foyer (56 %).

Les affiches (posters) dans un endroit public constituent un autre moyen d'information alternatif aux médias traditionnels. Leur portée semble intéressante (79 % des répondants disent les consulter au moins à l'occasion). Le thème de l'affiche (72 %) demeure le facteur d'intérêt premier alors que l'illustration (13 %) suit loin derrière. L'âge s'avère une variable discriminante significative. Au contraire de tous les autres moyens d'information, l'affiche touche plutôt les plus jeunes répondants.

Enfin, les gens se disent hautement intéressés à recevoir du matériel éducatif ou informatif à domicile: sous forme de documentation postale (95 %) ou d'un journal gratuit d'un C.L.S.C. (96%). Ce souhait demeure aussi fort chez toutes les sous-populations étudiées.

En guise de mot de la fin, l'utilisation possible de tels résultats nous paraît être de deux ordres. Premièrement, ils nous apparaissent une source de renseignements privilégiée pour la planification de chaque activité d'information. Les organismes de santé communautaire possèdent maintenant une idée quantifiée des principaux moyens disponibles et des clientèles auxquelles ils s'adressent.

Deuxièmement, le rapport ouvre la porte à la possibilité, d'au moins, évaluer la faisabilité et d'étudier les coûts d'un organe d'information populaire permanent dans le domaine socio-sanitaire. Les scénarios à envisager sont multiples: local, au niveau de chaque C.L.S.C.; collaboration régionale, au niveau du DSC. ou du C.R.S.S.S.; collaboration provinciale, au niveau du MAS ou de la Fédération des C.L.S.C.

Comme pour l'ensemble du rapport, l'exploitation des résultats concerne plus spécifiquement la planification stratégique (module #7).

Tableau 1

LES MOYENS D'INFORMATION PRIVILÉGIÉS PAR L'ENSEMBLE DES RÉPONDANTS

Rang	PTS*	1 ^e Choix		2 ^e Choix		Moyen d'information
		N	(%)	N	(%)	
6	230	92	(9.8)	46	(5.1)	Articles dans le journal
1	920	398	(42.5)	124	(13.7)	Brochure distribuée à la maison
7	920	48	(5.1)	48	(5.3)	Réunion des personnes intéressées (conférences, ...)
3	345	120	(12.8)	105	(11.6)	Emission à la T.V. commerciale
9	71	19	(2.0)	33	(3.6)	Étrevue (émission) à la radio
10	51	10	(1.1)	31	(3.4)	Kiosque dans un centre commercial
8	89	30	(3.2)	29	(3.2)	T.V. communautaire
4	269	51	(5.4)	167	(18.4)	Brochure laissée dans un endroit public
2	417	111	(11.9)	195	(21.5)	Journal du C.L.S.C. distribué aux intéressés
5	242	57	(6.9)	128	(14.1)	Cours gratuits donnés par les CLSC

* 2 Points pour un premier choix

1 Point pour un second choix

Tableau 2

MOYENS PRIVILEGES D'APRES CERTAINES SOUS-POPULATIONS

DSC*	Moyens	DISTRICT SOCIO-SANITAIRE				SEXE		SCOLARITE				STATUT SOCIO-ECONOMIQUE			
		Chlb.	Rbvl	Dolb.	Alma	H	F	Prim.	Secd.	Coll.	Univ.	Infér.	M. inf	M.sup	Supér
1	Brochure à la maison	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	Journal du C.L.S.C.	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2
3	Emission de TV commerciale	4	4	3	2	2	3	3	3	3	5	3	3	2	4
4	Brochure (endroit public)	3	5	5	4	4	5	6	4	4	3	6	4	4	3
5	Cours gratuits du C.L.S.C.	5	3	6	6	6	4	5	5	5	6	5	6	6	6
6	Articles de journal	6	8	4	5	5	6	4	6	5	4	4	6	5	7
7	Réunions, conférences	7	6	7	8	7	7	7	7	7	7	7	5	9	5
8	T.V. communautaire	9	7	8	8	8	8	7	8	9	8	8	9	7	8
9	Entrevue à la radio	8	9	10	7	9	9	9	9	8	9	9	10	8	8
10	Kiosque en centre comm.	9	10	8	10	10	10	10	10	10	10	10	8	9	10

* le rang est mentionné

Tableau 3

FREQUENCE DE LECTURE ET DIFFUSION DES HEBDOMADAIRES

HEBDOMADAIRE	Habituelle		Souvent		Parfois		Jamais		
-District sanitaire	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
a) PROGRES-DIMANCHE:		(57.7)		(10.8)		(20.0)		(11.6)	(100%)
- Chibougamau	36	(27.7)	10	(7.7)	42	(32.3)	42	(32.3)	130
- Roberval	135	(56.7)	33	(13.9)	45	(18.9)	25	(10.5)	238
- Dolbeau	132	(59.2)	22	(9.9)	47	(21.1)	22	(9.9)	223
- Alma	162	(65.1)	25	(10.0)	42	(16.9)	20	(8.0)	249
b) LA SENTINELLE:		(9.2)		(3.1)		(2.0)		(87.6)	
- Chibougamau	132	(85.7)	13	(8.4)	6	(3.9)	3	(1.9)	154
- Roberval	3	(1.6)	2	(1.0)	4	(2.1)	184	(95.3)	193
- Dolbeau	0		0		5	(2.8)	176	(97.2)	181
- Alma	0		0		2	(1.1)	183	(98.9)	185
c) L'ETOILE DU LAC:		(21.9)		(3.8)		(15.1)		(59.2)	
- Chibougamau	3	(2.6)	2	(1.7)	11	(9.6)	99	(86.1)	115
- Roberval	156	(64.7)	26	(10.8)	35	(14.5)	24	(10.0)	241
- Dolbeau	21	(11.2)	7	(3.7)	45	(23.9)	115	(61.2)	188
- Alma	10	(5.2)	0		23	(12.0)	158	(82.7)	191
d) LE POINT:		(29.6)		(5.2)		(6.3)		(8.9)	
- Chibougamau	1	(0.9)	3	(2.6)	4	(3.5)	107	(93.0)	115
- Roberval	79	(37.3)	17	(8.0)	20	(9.4)	96	(45.3)	212
- Dolbeau	196	(82.7)	23	(9.7)	12	(5.1)	6	(2.5)	237
- Alma	5	(2.6)	3	(1.6)	11	(5.8)	172	(90.1)	191
e) LE LAC ST-JEAN:		(23.8)		(5.3)		(11.9)		(55.6)	
- Chibougamau	1	(0.9)	0		1	(0.9)	113	(98.3)	115
- Roberval	2	(1.0)	2	(1.0)	27	(14.0)	162	(83.9)	193
- Dolbeau	3	(1.6)	1	(0.5)	10	(5.5)	168	(92.3)	182
- Alma	139	(56.3)	30	(12.1)	62	(25.1)	16	(6.5)	247

N.B.: Les totaux pour l'ensemble du D.S.C. (chaque ligne titre de journal) sont en données ajustées au poids démographique de chaque district socio-sanitaire (pondération normale), tel que défini au protocole de recherche (module #1).

Tableau 4

DIFFUSION DES HEBDOMADAIRES SELON L'AGE

(Pour le district correspondant à chaque hebdo)

HEBDOMADAIRES	CLASSE D'AGE				TEST STATISTIQUES
	20-24	25-44	45-64	65 +	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
a) PROGRES-DIMANCHE:					
- habituellement	84 (53.8)	219 (48.7)	140 (70.0)	30 (58.8)	$\chi^2=41.4$ $p<.0001$
- souvent	22 (14.1)	53 (11.8)	12 (6.0)	5 (9.8)	
- parfois	22 (14.1)	124 (27.6)	25 (12.5)	9 (17.6)	
- jamais	28 (17.9)	54 (12.0)	23 (11.5)	7 (13.7)	
b) LA SENTINELLE:					
- habituellement	18 (69.2)	77 (86.5)	33 (94.3)	3 (100)	$\chi^2=8.3$ $p<.05$
- souvent	8	12	2	0	
- parfois					
- jamais					
c) L'ETOILE DU LAC:					
- habituellement	24 (58.5)	63 (53.4)	53 (89.8)	16 (72.7)	$\chi^2=34.3$ $p<.0001$
- souvent	7 (17.1)	19 (16.1)	0	0	
- parfois	7 (17.1)	22 (18.6)	4 (6.8)	1 (4.5)	
- jamais	3 (7.3)	14 (11.9)	2 (3.4)	5 (22.7)	
d) LE POINT:					
- habituellement	29 (82.9)	107 (81.1)	46 (92.0)	14 (77.8)	$\chi^2=1.7$ N.S.*
- souvent	4 (11.4)	16 (12.1)	2 (4.0)	0	
- parfois	2 (5.7)	6 (4.5)	0	3 (16.3)	
- jamais	0	3 (2.3)	2 (4.0)	1 (5.6)	
e) LE LAC ST-JEAN:					
- habituellement	27 (55.1)	62 (50.0)	39 (66.1)	8 (66.7)	$\chi^2=8.8$ N.S.
- souvent	7 (14.3)	19 (15.3)	3 (5.1)	1 (8.3)	
- parfois	10 (20.4)	36 (29.0)	14 (23.7)	2 (16.7)	
- jamais	5 (10.2)	7 (5.6)	3 (5.1)	1 (8.3)	

* Pour satisfaire aux exigences du test du chi-carré (χ^2), nous avons fusionné les trois dernières classes de lecteurs et les deux dernières d'âge (45 ans et +).

Tableau 5

DIFFUSION DES HEBDOMADAIRES SELON LE SEXE

HEBDOMADAIRES	Hommes		Femmes		Tests statistiques
	N	(%)	N	(%)	
a) PROGRES-DIMANCHE:					
- habituellement	141	(55.5)	325	(55.1)	$\chi^2=4.6$ N.S.
- souvent	21	(11.0)	62	(10.5)	
- parfois	60	(23.6)	116	(19.7)	
- jamais	25	(9.8)	87	(14.7)	
b) LA SENTINELLE:					
- habituellement	37	(84.1)	93	(86.1)	$\chi^2=0.1$ N.S.*
- souvent	5	(11.4)	8	(7.4)	
- parfois	1	(2.3)	5	(4.6)	
- jamais	1	(2.3)	2	(1.9)	
c) L'ETOILE DU LAC:					
- habituellement	50	(69.4)	102	(62.2)	$\chi^2=6.46$ N.S.
- souvent	11	(15.3)	15	(9.1)	
- parfois	5	(6.9)	29	(17.7)	
- jamais	6	(8.3)	18	(11.0)	
d) LE POINT:					
- habituellement	57	(85.1)	137	(82.5)	$\chi^2=5.15$ N.S.
- souvent	8	(11.9)	14	(8.4)	
- parfois	0		11	(6.6)	
- jamais	2	(3.0)	4	(2.4)	
e) LE LAC ST-JEAN:					
- habituellement	47	(65.3)	89	(53.0)	$\chi^2=4.84$ N.S.
- souvent	10	(13.9)	20	(11.9)	
- parfois	12	(16.7)	47	(28.0)	
- jamais	3	(4.2)	12	(7.1)	

* Nous avons fusionné les trois dernières classes pour ce test. (souvent, parfois et jamais)

Tableau 6

**SECTIONS FAVORITES DES LECTEURS REGULIERS
DES HEBDOMADAIRES**

SECTIONS	Progrès-Dimanche		Sentinelle		Etoile du Lac		Le Point		Lac St-Jean	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
a) PAGES EDITORIALES:										
- beaucoup	196	(43.8)	40	(31.3)	76	(42.5)	110	(41.7)	67	(45.6)
- un peu	201	(44.9)	63	(49.2)	87	(48.6)	113	(42.8)	67	(45.6)
- pas du tout	51	(11.4)	25	(19.5)	16	(8.9)	41	(15.5)	13	(8.8)
b) INF. LOCALE, REGION.:										
- beaucoup	369	(78.5)	104	(76.5)	161	(83.4)	224	(80.0)	126	(84.0)
- un peu	92	(19.6)	28	(20.6)	29	(15.0)	50	(17.9)	21	(14.0)
- pas du tout	9	(1.9)	4	(2.9)	3	(1.6)	6	(2.1)	3	(2.0)
c) INF. NAT., INTERNAT.:										
- beaucoup	234	(51.4)	54	(41.2)	91	(50.3)	134	(49.8)	71	(47.7)
- un peu	186	(40.9)	64	(48.9)	69	(38.1)	107	(39.8)	71	(47.7)
- pas du tout	35	(7.7)	13	(9.9)	21	(11.6)	28	(10.4)	7	(4.7)
d) INF. SPORTIVE:										
- beaucoup	90	(20.0)	29	(22.5)	32	(18.0)	47	(17.5)	41	(27.7)
- un peu	160	(35.6)	37	(28.7)	59	(33.1)	90	(33.6)	57	(38.5)
- pas du tout	200	(44.4)	63	(48.8)	87	(48.9)	131	(48.9)	50	(33.5)
e) ARTS ET SPECTACLES:										
- beaucoup	130	(28.4)	31	(23.8)	52	(28.3)	70	(25.8)	46	(31.3)
- un peu	224	(49.0)	75	(57.7)	91	(49.5)	133	(49.1)	74	(50.3)
- pas du tout	103	(22.5)	24	(18.5)	41	(22.3)	68	(25.1)	27	(18.4)
f) SECTIONS SPECIALES:										
- beaucoup	121	(26.9)	44	(34.1)	43	(23.9)	69	(25.8)	41	(28.3)
- un peu	221	(49.2)	65	(50.4)	102	(56.7)	133	(49.8)	72	(49.7)
- pas du tout	107	(23.8)	20	(15.5)	35	(19.4)	65	(24.3)	32	(22.1)
g) CHRONIQUES SANTE:										
- beaucoup	245	(52.4)	70	(53.0)	99	(52.7)	145	(52.5)	77	(49.7)
- un peu	190	(40.6)	60	(45.5)	82	(43.6)	108	(39.1)	66	(42.6)
- pas du tout	32	(6.8)	2	(1.5)	7	(3.7)	23	(8.3)	12	(7.7)
h) ANNONCES CLASSEES:										
- beaucoup	103	(22.7)	34	(26.6)	49	(26.9)	77	(28.3)	29	(19.9)
- un peu	214	(47.1)	67	(52.3)	75	(41.2)	123	(45.2)	73	(49.9)
- pas du tout	135	(29.7)	27	(21.1)	58	(31.9)	72	(26.5)	44	(30.1)

Tableau 7

INTERET POUR LES PAGES EDITORIALES

Variables étudiées	NIVEAU D'INTERET						Tests statistiques
	Beaucoup		Un peu		Pas du tout		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ensemble des répondants	303	(34.5)	409	(46.6)	165	(18.8)	
1- AGE:							
- 20-24 ans	28	(17.3)	95	(58.6)	39	(24.1)	$\chi^2=45.3$ $p<.0000$
- 25-44 ans	151	(32.5)	223	(48.1)	90	(19.4)	
- 45-64 ans	100	(50.3)	72	(36.2)	27	(13.6)	
- 65 ans et +	18	(41.9)	17	(39.5)	8	(18.6)	
2- SEXE:							
- masculin	94	(36.2)	117	(45.0)	49	(18.8)	$\chi^2=0.64$ N.S.
- féminin	199	(33.5)	283	(47.6)	112	(18.9)	
3- SCOLARITE:							
- primaire	55	(40.4)	58	(42.6)	23	(16.9)	$\chi^2=10.04$ N.S.
- secondaire	146	(31.0)	229	(48.6)	96	(20.4)	
- collégial	63	(38.0)	72	(43.4)	31	(18.7)	
- universitaire	32	(39.5)	41	(50.6)	8	(9.9)	
4- OCCUPATION:							
- au foyer	127	(34.6)	160	(43.6)	80	(21.8)	$\chi^2=10.9$ N.S.
- chômage	40	(26.7)	77	(51.3)	33	(22.0)	
- retraite	20	(45.5)	18	(40.9)	6	(13.6)	
- travail	74	(36.6)	98	(48.5)	30	(14.9)	
5- STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:							
- classe inférieure	144	(35.6)	169	(41.8)	91	(22.5)	$\chi^2=12.9$ $p<.05$
- classe moy-inf.	21	(36.8)	27	(47.4)	9	(15.8)	
- classe moy-sup.	37	(33.0)	56	(50.0)	19	(17.0)	
- classe supérieure	39	(42.4)	46	(50.0)	7	(7.6)	
6- PARENTS:							
- enfants de 0-5 ans	85	(25.6)	159	(47.9)	88	(26.5)	$\chi^2=9.11$ $p<.05$
- aucun enfant	120	(34.5)	163	(46.8)	65	(18.7)	

Tableau 8

INTERET POUR L'INFORMATION LOCALE ET REGIONALE

Variables étudiées	NIVEAU D'INTERET						Tests statistiques
	Beaucoup		Un peu		Pas du tout		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ensemble des répondants	654	(71.3)	224	(24.4)	39	(4.3)	
1- AGE:							
- 20-24 ans	86	(53.4)	59	(36.6)	16	(9.9)	$\chi^2=57.1$ $p<.0000$
- 25-44 ans	329	(69.1)	129	(27.1)	18	(3.8)	
- 45-64 ans	182	(85.4)	28	(13.1)	3	(1.4)	
- 65 ans et +	48	(84.2)	8	(14.0)	1	(1.8)	
2- SEXE:							
- masculin	195	(72.5)	67	(24.9)	7	(2.6)	$\chi^2=2.32$ N.S.
- féminin	439	(70.4)	155	(24.8)	30	(4.8)	
3- SCOLARITE:							
- primaire	121	(75.6)	33	(20.6)	6	(3.8)	$\chi^2=7.29$ N.S.
- secondaire	328	(68.3)	130	(27.1)	22	(4.6)	
- collégial	122	(71.3)	43	(25.1)	6	(3.5)	
- universitaire	66	(80.5)	13	(15.9)	3	(3.7)	
4- OCCUPATION:							
- au foyer	275	(71.6)	93	(24.2)	16	(4.2)	$\chi^2=12.8$ $p<.05$
- chômage	91	(60.3)	51	(33.8)	9	(6.0)	
- retraite	45	(83.3)	8	(14.8)	1	(1.9)	
- travail	151	(72.6)	50	(24.0)	7	(3.4)	
5- STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:							
- classe inférieure	289	(69.0)	108	(25.8)	22	(5.3)	$\chi^2=11.4$ N.S.
- classe moy-inf.	49	(79.0)	13	(21.0)	0		
- classe moy-sup.	79	(70.5)	27	(24.1)	6	(5.4)	
- classe supérieure	78	(82.1)	16	(16.8)	1	(1.1)	
6- PARENTS:							
- enfants de 0-5 ans	214	(65.6)	88	(27.0)	24	(7.4)	$\chi^2=2.08$ N.S.
- aucun enfants	243	(67.9)	98	(27.4)	17	(4.7)	

Tableau 9

INTERET POUR L'INFORMATION NATIONALE ET INTERNATIONALE

Variables étudiées	NIVEAU D'INTERET						Tests statistiques
	Beaucoup		Un peu		Pas du tout		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ensemble des répondants	386	(43.5)	393	(44.3)	109	(12.3)	
1- AGE:							
- 20-24 ans	57	(35.2)	83	(51.2)	22	(13.6)	$\chi^2=17.9$ $p<.01$
- 25-44 ans	191	(40.9)	209	(44.8)	67	(14.3)	
- 45-64 ans	104	(51.5)	82	(40.6)	16	(7.9)	
- 65 ans et +	28	(58.3)	16	(33.3)	4	(8.3)	
2- SEXE:							
- masculin	130	(49.4)	109	(41.4)	24	(9.1)	$\chi^2=7.45$ $p<.05$
- féminin	244	(40.5)	274	(45.5)	84	(14.0)	
3- SCOLARITE:							
- primaire	59	(39.9)	67	(45.3)	22	(14.9)	$\chi^2=27.6$ $p<.0001$
- secondaire	189	(40.6)	217	(46.6)	60	(12.9)	
- collégial	76	(45.0)	82	(48.5)	11	(6.5)	
- universitaire	53	(63.9)	17	(20.5)	13	(15.7)	
4- OCCUPATION:							
- au foyer	140	(37.8)	181	(48.9)	49	(13.2)	$\chi^2=14.5$ $p<.05$
- chômage	58	(38.7)	74	(49.3)	18	(12.0)	
- retraite	28	(59.6)	14	(29.8)	5	(10.6)	
- travail	100	(48.5)	78	(37.9)	28	(13.6)	
5- STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:							
- classe inférieure	180	(44.7)	176	(43.7)	47	(11.7)	$\chi^2=6.93$ N.S.
- classe moy-inf.	30	(48.4)	28	(45.2)	4	(6.5)	
- classe moy-sup.	51	(45.5)	45	(40.2)	16	(14.3)	
- classe supérieure	52	(56.5)	30	(32.6)	10	(10.9)	
6- PARENTS:							
- enfants de 0-5 ans	112	(35.0)	152	(47.5)	56	(17.5)	$\chi^2=10.2$ $p<.01$
- aucun enfants	161	(46.4)	145	(41.8)	41	(11.8)	

Tableau 10

INTERET POUR L'INFORMATION SPORTIVE

Variables étudiées	NIVEAU D'INTERET						Tests statistiques
	Beaucoup		Un peu		Pas du tout		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ensemble des répondants	165	(18.8)	278	(31.7)	433	(49.4)	
1- AGE:							
- 20-24 ans	43	(26.7)	55	(34.2)	63	(39.1)	$\chi^2=14.9$ $p<.05$
- 25-44 ans	86	(18.5)	140	(30.0)	240	(51.5)	
- 45-64 ans	27	(13.6)	67	(33.8)	104	(52.5)	
- 65 ans et +	8	(18.6)	10	(23.3)	25	(58.1)	
2- SEXE:							
- masculin	100	(38.2)	91	(34.7)	71	(27.1)	$\chi^2=115.2$ $p<.0000$
- féminin	61	(10.3)	177	(29.9)	354	(59.8)	
3- SCOLARITE:							
- primaire	29	(20.4)	33	(23.2)	80	(56.3)	$\chi^2=8.46$ N.S.
- secondaire	89	(19.1)	161	(34.6)	215	(46.2)	
- collégial	29	(17.2)	51	(30.2)	89	(52.7)	
- universitaire	12	(15.2)	25	(31.6)	42	(53.2)	
4- OCCUPATION:							
- au foyer	44	(12.0)	106	(28.8)	218	(59.2)	$\chi^2=32.4$ $p<.0001$
- chômage	41	(16.0)	47	(32.0)	60	(52.0)	
- retraite	9	(20.9)	14	(32.6)	20	(46.5)	
- travail	48	(23.4)	73	(35.6)	84	(41.0)	
5- STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:							
- classe inférieure	86	(21.6)	130	(32.7)	182	(45.7)	$\chi^2=10.4$ N.S.
- classe moy-inf.	22	(36.7)	19	(31.7)	19	(31.7)	
- classe moy-sup.	21	(18.8)	43	(38.4)	48	(42.9)	
- classe supérieure	17	(18.7)	31	(34.1)	43	(47.3)	
6- PARENTS:							
- enfants de 0-5 ans	65	(19.1)	114	(33.4)	162	(47.5)	$\chi^2=2.25$ N.S.
- aucun enfants	81	(23.7)	111	(32.5)	150	(43.9)	

Tableau 11

INTERET POUR LES ARTS ET SPECTACLES

Variables étudiées	NIVEAU D'INTERET						Tests statistiques
	Beaucoup		Un peu		Pas du tout		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ensemble des répondants	226	(25.5)	451	(51.0)	208	(23.5)	
1- AGE:							
- 20-24 ans	63	(39.1)	62	(38.5)	36	(22.4)	$\chi^2=46.6$ $p<.0001$
- 25-44 ans	119	(25.2)	264	(55.8)	90	(19.0)	
- 45-64 ans	33	(16.6)	106	(53.3)	60	(30.2)	
- 65 ans et +	9	(20.0)	15	(33.3)	21	(46.7)	
2- SEXE:							
- masculin	58	(22.1)	133	(50.6)	72	(27.4)	$\chi^2=3.89$ N.S.
- féminin	161	(26.8)	307	(51.2)	132	(22.0)	
3- SCOLARITE:							
- primaire	30	(20.4)	70	(48.3)	46	(31.3)	$\chi^2=21.5$ $p<.001$
- secondaire	108	(23.0)	244	(52.0)	117	(24.9)	
- collégial	62	(36.9)	78	(46.4)	28	(16.7)	
- universitaire	22	(26.8)	46	(56.1)	14	(17.1)	
4- OCCUPATION:							
- au foyer	76	(20.5)	194	(52.4)	100	(27.0)	$\chi^2=19.4$ $p<.01$
- chômage	48	(32.0)	78	(52.0)	24	(16.0)	
- retraite	10	(23.3)	16	(37.2)	17	(39.5)	
- travail	54	(26.2)	111	(53.9)	41	(19.9)	
5- STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:							
- classe inférieure	108	(27.0)	190	(47.5)	102	(25.5)	$\chi^2=7.1$ N.S.
- classe moy-inf.	14	(23.0)	36	(59.0)	11	(18.0)	
- classe moy-sup.	29	(25.9)	56	(50.0)	27	(24.1)	
- classe supérieure	29	(31.2)	50	(53.8)	14	(15.1)	
6- PARENTS:							
- enfants de 0-5 ans	90	(28.0)	153	(47.5)	79	(24.5)	$\chi^2=2.32$ N.S.
- aucun enfants	93	(24.1)	205	(53.1)	88	(22.8)	

Tableau 12

INTERET POUR LES CAHIERS THEMATIQUES

Variables étudiées	NIVEAU D'INTERET						Tests statistiques
	Beaucoup		Un peu		Pas du tout		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ensemble des répondants	213	(24.4)	426	(48.7)	235	(26.9)	
1- AGE:							
- 20-24 ans	42	(25.9)	74	(45.7)	46	(28.4)	$\chi^2=3.27$ N.S.
- 25-44 ans	112	(24.1)	222	(47.7)	131	(28.2)	
- 45-64 ans	47	(23.9)	105	(53.3)	45	(22.8)	
- 65 ans et +	10	(23.3)	20	(46.5)	13	(30.2)	
2- SEXE:							
- masculin	79	(30.4)	137	(52.7)	44	(16.9)	$\chi^2=20.0$ $p<.0001$
- féminin	130	(22.0)	278	(47.0)	184	(31.1)	
3- SCOLARITE:							
- primaire	35	(25.0)	62	(44.3)	43	(30.7)	$\chi^2=3.89$ N.S.
- secondaire	110	(23.8)	228	(49.4)	124	(26.8)	
- collégial	43	(25.3)	81	(47.6)	46	(27.1)	
- universitaire	21	(25.6)	45	(54.9)	16	(19.5)	
4- OCCUPATION:							
- au foyer	78	(21.1)	182	(49.3)	109	(29.5)	$\chi^2=6.96$ N.S.
- chômage	42	(29.0)	63	(43.4)	40	(27.6)	
- retraite	11	(26.2)	17	(40.5)	14	(33.3)	
- travail	58	(28.0)	99	(47.8)	50	(24.2)	
5- STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:							
- classe inférieure	91	(22.9)	204	(51.4)	102	(25.7)	$\chi^2=6.39$ N.S.
- classe moy-inf.	14	(23.7)	35	(59.3)	10	(16.9)	
- classe moy-sup.	30	(26.8)	52	(46.4)	30	(26.8)	
- classe supérieure	29	(30.9)	47	(50.0)	18	(19.1)	

Tableau 13

INTERET POUR LA CHRONIQUE

Variables étudiées	NIVEAU D'INTERET						Tests statistiques
	Beaucoup		Un peu		Pas du tout		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ensemble des répondants	433	(47.6)	402	(44.2)	74	(8.1)	
1- AGE:							
- 20-24 ans	64	(39.5)	83	(51.2)	15	(9.3)	$\chi^2=30.9$ $p<.0001$
- 25-44 ans	202	(42.5)	229	(48.2)	44	(9.3)	
- 45-64 ans	127	(59.9)	73	(34.4)	11	(5.2)	
- 65 ans et +	34	(66.7)	13	(25.5)	4	(7.8)	
2- SEXE:							
- masculin	77	(28.9)	155	(53.3)	34	(12.8)	$\chi^2=82.2$ $p<.0001$
- féminin	345	(55.6)	237	(38.2)	37	(6.0)	
3- SCOLARITE:							
- primaire	91	(58.7)	50	(32.3)	14	(9.0)	$\chi^2=22.0$ $p<.01$
- secondaire	215	(45.2)	226	(47.5)	34	(7.1)	
- collégial	83	(48.5)	77	(45.0)	11	(6.4)	
- universitaire	28	(33.7)	42	(50.6)	13	(15.7)	
4- OCCUPATION:							
- au foyer	219	(57.0)	143	(37.2)	22	(5.7)	$\chi^2=37.3$ $p<.0001$
- chômage	54	(35.8)	83	(55.0)	14	(9.3)	
- retraite	29	(60.4)	15	(31.3)	4	(8.3)	
- travail	76	(36.6)	108	(51.9)	24	(11.5)	
5- STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:							
- classe inférieure	195	(47.0)	179	(43.1)	40	(9.6)	$\chi^2=7.48$ N.S.
- classe moy-inf.	26	(41.3)	28	(44.4)	9	(14.3)	
- classe moy-sup.	42	(37.5)	62	(55.4)	8	(7.1)	
- classe supérieure	39	(41.1)	47	(49.5)	9	(9.5)	
6- PARENTS:							
- enfants de 0-5 ans	133	(39.1)	159	(46.8)	48	(14.1)	$\chi^2=3.57$ N.S.
- aucun enfants	159	(44.2)	165	(45.8)	36	(10.0)	

Tableau 14

INTERET POUR LES ANNONCES CLASSEES

Variables étudiées	NIVEAU D'INTERET						Test statistique
	Beaucoup		Un peu		Pas du tout		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ensemble des répondants	204	(23.0)	427	(48.2)	253	(28.6)	
1- AGE:							
- 20-24 ans	46	(28.6)	78	(48.4)	37	(23.0)	$\chi^2=14.1$ $p<.05$
- 25-44 ans	111	(23.5)	236	(49.9)	125	(26.4)	
- 45-64 ANS	39	(19.5)	93	(46.5)	67	(33.5)	
- 65 ANS ET +	7	(15.9)	17	(38.6)	20	(45.5)	
2- SEXE:							
- masculin	59	(22.5)	123	(46.9)	79	(30.2)	$\chi^2=0.49$ N.S.
- féminin	137	(22.8)	295	(49.1)	168	(28.0)	
3- SCOLARITE:							
- primaire	39	(27.1)	66	(45.8)	39	(27.1)	$\chi^2=37.2$ $p<.0001$
- secondaire	122	(26.0)	242	(51.6)	103	(22.0)	
- collégial	32	(18.9)	71	(42.0)	66	(39.1)	
- universitaire	6	(7.3)	39	(47.6)	37	(45.1)	
4- OCCUPATION:							
- au foyer	104	(27.6)	174	(46.2)	98	(26.0)	$\chi^2=16.9$ $p<.01$
- chômage	37	(25.0)	79	(53.4)	32	(21.6)	
- retraite	6	(15.0)	17	(42.5)	17	(42.5)	
- travail	34	(16.4)	107	(51.7)	65	(31.4)	
5- STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:							
- classe inférieure	102	(25.4)	184	(45.8)	114	(28.4)	$\chi^2=21.7$ $p<.01$
- classe moy-inf.	15	(25.0)	33	(55.0)	12	(20.0)	
- classe moy-sup.	22	(19.6)	60	(53.6)	30	(26.8)	
- classe supérieure	8	(8.5)	44	(46.8)	42	(44.7)	

Tableau 15

FREQUENCE DE LECTURE ET DIFFUSION DES QUOTIDIENS

QUOTIDIEN	Habituel- lement	Souvent	Parfois	Jamais	TEST STATIS- TIQUES
- district sanitaire	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
a) LE QUOTIDIEN:	(30.9)	(10.1)	(22.0)	(37.0)	$\chi^2=134.7$ $p<.0000$
- Chibougamau	5 (3.6)	2 (1.5)	20 (14.6)	110 (80.3)	
- Roberval	66 (26.8)	22 (8.9)	56 (22.8)	102 (41.5)	
- Dolbeau	76 (32.9)	21 (9.1)	42 (18.2)	92 (39.8)	
- Alma	96 (39.3)	33 (13.5)	62 (25.4)	53 (21.7)	
b) LE JOURNAL DE Q.:	(19.9)	(11.6)	(24.3)	(43.9)	$\chi^2=104.5$ $p<.0000$
- Chibougamau	6 (4.5)	3 (2.2)	11 (8.2)	114 (85.1)	
- Roberval	51 (21.3)	38 (15.9)	55 (23.0)	94 (39.3)	
- Dolbeau	40 (18.2)	17 (7.7)	62 (28.2)	100 (45.5)	
- Alma	57 (23.9)	32 (13.4)	64 (26.9)	85 (35.7)	
c) LA PRESSE:	(3.9)	(4.7)	(14.3)	(77.1)	N.S.
- Chibougamau	4 (2.8)	13 (9.0)	26 (18.1)	101 (70.1)	
- Roberval	10 (4.3)	7 (3.0)	34 (14.5)	184 (78.3)	
- Dolbeau	6 (2.9)	3 (1.5)	24 (11.7)	172 (83.9)	
- Alma	10 (4.6)	14 (6.4)	32 (14.6)	163 (74.4)	
d) LE DEVOIR:	(0.5)	(2.6)	(11.0)	(85.8)	N.S.
- Chibougamau	0	4 (3.0)	17 (12.8)	102 (84.2)	
- Roberval	3 (1.3)	5 (2.2)	27 (11.7)	196 (84.8)	
- Dolbeau	0	6 (2.9)	21 (10.2)	179 (86.9)	
- Alma	1 (0.5)	6 (2.7)	23 (10.5)	189 (86.3)	
e) LE SOLEIL:	(1.2)	(3.4)	(12.2)	(83.1)	N.S.
- Chibougamau	1 (0.7)	1 (0.7)	21 (15.6)	112 (83.0)	
- Roberval	4 (1.7)	9 (3.8)	31 (13.2)	190 (81.2)	
- Dolbeau	1 (0.5)	3 (1.4)	28 (13.5)	175 (84.5)	
- Alma	3 (1.4)	11 (5.0)	22 (10.1)	182 (83.5)	

N.B.: Les totaux pour l'ensemble du D.S.C. (chaque ligne titre de journal) sont en données ajustées au poids démographique de chaque district socio-sanitaire (pondération normale), tel que défini au protocole de recherche (module #1).

Tableau 16

**PREVALENCE DE LA LECTURE DU QUOTIDIEN OU
DU JOURNAL DU QUEBEC**

QUOTIDIEN OU JOURNAL DU QUEBEC	DSC	CHIB	ROBL	DOLB	ALMA
- HABITUELLEMENT (chaque jour)	41.0%	7.3%	40.7%	41.0%	49.6%
- SOUVENT (au moins une fois par semaine)	52.7%	13.9%	54.1%	53.8%	60.9%
- PARFOIS (moins d'une fois par semaine)	84.8%	31.1%	74.0%	79.6%	87.0%
- JAMAIS	15.2%	68.9%	26.0%	20.4%	13.0%

Tableau 17

LA CLIENTELE DU QUOTIDIEN

QUOTIDIEN	Habituel- lement	Souvent	Parfois	Jamais	TEST STATIS- TIQUES
- district sanitaire	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
1) AGE:					
- 20-24 ans	29 (18.1)	22 (13.8)	46 (28.8)	63 (39.4)	$\chi^2=48.7$ $p<.0000$
- 25-44 ans	110 (23.4)	44 (9.4)	100 (21.3)	216 (46.0)	
- 45-64 ans	84 (43.5)	12 (6.2)	30 (15.5)	67 (34.7)	
- 65 ans et +	22 (43.1)	4 (7.8)	9 (17.6)	16 (31.4)	
2) SEXE:					
- masculin	78 (30.1)	31 (12.0)	57 (22.0)	93 (35.9)	$\chi^2=5.19$ N.S.
- féminin	165 (27.3)	51 (8.4)	128 (21.2)	260 (43.0)	
3) SCOLARITE:					
- primaire	52 (35.6)	8 (5.5)	24 (16.4)	62 (42.5)	$\chi^2=33.4$ $p<.001$
- secondaire	120 (25.4)	39 (8.3)	100 (21.2)	213 (45.1)	
- collégial	40 (23.8)	25 (14.9)	34 (20.2)	69 (41.1)	
- universitaire	31 (39.7)	8 (10.3)	24 (30.8)	15 (19.2)	
4) OCCUPATION:					
- au foyer	98 (26.8)	23 (6.3)	71 (19.5)	173 (47.4)	$\chi^2=22.2$ $p<.01$
- au chômage	30 (19.5)	18 (11.7)	37 (24.0)	69 (44.8)	
- retraite	22 (44.0)	4 (8.0)	7 (14.0)	17 (34.0)	
- travail	59 (29.5)	24 (12.0)	44 (22.0)	73 (36.5)	
5) STATUT SOCIO-ECONO.:					
- classe inf.	101 (25.3)	34 (8.5)	93 (23.3)	172 (43.0)	$\chi^2=21.9$ $p<.01$
- classe moy-inf.	14 (23.3)	9 (15.0)	10 (16.7)	27 (45.0)	
- classe moy-sup.	39 (35.8)	11 (10.1)	18 (16.5)	41 (37.6)	
- classe sup.	35 (38.9)	13 (14.4)	21 (23.3)	21 (23.3)	

Tableau 18

LA CLIENTELE DU JOURNAL DU QUEBEC

QUOTIDIEN	Habituel- lement	Souvent	Parfois	Jamais	TEST STATIS- TIQUES
- district sanitaire	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
1) AGE:					
- 20-24 ans	27 (17.1)	17 (10.8)	42 (26.6)	72 (45.6)	$\chi^2=12.2$ N.S.
- 25-44 ans	75 (16.3)	47 (10.2)	105 (22.8)	232 (50.3)	
- 45-64 ans	43 (23.3)	23 (12.3)	47 (25.1)	74 (39.6)	
- 65 ans et +	11 (25.6)	5 (11.6)	5 (11.6)	22 (51.2)	
2) SEXE:					
- masculin	63 (25.3)	43 (17.2)	54 (21.6)	89 (35.7)	$\chi^2=32.8$ $p<.0000$
- féminin	91 (15.6)	47 (8.1)	142 (24.4)	303 (52.0)	
3) SCOLARITE:					
- primaire	18 (13.0)	15 (10.9)	28 (20.3)	77 (55.8)	$\chi^2=17.4$ $p<.05$
- secondaire	87 (18.9)	40 (8.7)	106 (23.0)	227 (49.2)	
- collégial	33 (20.1)	27 (16.5)	39 (23.8)	65 (39.6)	
- universitaire	15 (19.7)	9 (11.7)	23 (29.9)	29 (37.7)	
4) OCCUPATION:					
- au foyer	48 (13.3)	26 (7.2)	85 (23.5)	203 (56.1)	$\chi^2=39.7$ $p<.0001$
- au chômage	31 (21.7)	17 (11.9)	42 (29.4)	53 (37.1)	
- retraite	13 (29.5)	6 (13.6)	5 (11.4)	20 (45.5)	
- travail	47 (23.7)	31 (15.7)	46 (23.2)	73 (36.8)	
5) STATUT SOCIO-ECONO.:					
- classe inf.	72 (18.4)	41 (10.5)	98 (25.0)	181 (46.2)	$\chi^2=12.4$ N.S.
- classe moy-inf.	18 (31.0)	10 (17.2)	10 (17.2)	19 (32.8)	
- classe moy-sup.	25 (22.9)	15 (13.8)	25 (22.9)	43 (39.4)	
- classe sup.	21 (23.6)	14 (15.7)	20 (22.5)	34 (38.2)	

Tableau 19

**SECTIONS FAVORITES DES LECTEURS REGULIERS
DES QUOTIDIENS**

SECTIONS THEMATIQUES	Quotidien N (%)		Journal du Québec N (%)	
a) PAGES EDITORIALES:				
- beaucoup	105	(45.7)	52	(35.1)
- un peu	106	(46.1)	76	(51.4)
- pas du tout	19	(8.3)	20	(13.5)
b) INF. LOCALE, REGION.:				
- beaucoup	186	(77.5)	116	(75.3)
- un peu	50	(20.8)	37	(24.0)
- pas du tout	4	(1.7)	1	(0.6)
c) INF. NAT., INTERNAT.:				
- beaucoup	126	(54.8)	93	(61.2)
- un peu	93	(40.4)	53	(34.9)
- pas du tout	11	(4.8)	6	(3.9)
d) INF. SPORTIVE:				
- beaucoup	40	(17.1)	58	(38.9)
- un peu	96	(41.2)	45	(30.2)
- pas du tout	97	(41.7)	46	(30.9)
e) ARTS ET SPECTACLES:				
- beaucoup	56	(24.1)	40	(26.7)
- un peu	125	(53.9)	76	(50.7)
- pas du tout	51	(22.0)	34	(22.7)
f) SECTIONS SPECIALES:				
- beaucoup	62	(27.1)	38	(25.3)
- un peu	110	(48.0)	76	(50.7)
- pas du tout	57	(24.9)	36	(24.0)
g) CHRONIQUES SANTE:				
- beaucoup	112	(47.5)	80	(51.9)
- un peu	110	(46.6)	66	(42.9)
- pas du tout	14	(5.9)	8	(5.2)
h) ANNONCES CLASSEES:				
- beaucoup	26	(11.3)	25	(16.3)
- un peu	111	(48.3)	67	(43.8)
- pas du tout	93	(40.4)	61	(39.9)

Tableau 20

FREQUENCE D'ECOUTE DE LA RADIO

(au cours de la dernière semaine)

AUDITOIRES	Tous les jours		A l'occasion		Jamais		Tests statistiques
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Ensemble des répondants	496	(54.6)	353	(38.8)	59	(6.5)	
1- AGE:							
- 20-24 ans	81	(50.3)	72	(44.7)	8	(5.0)	$\chi^2=6.17$ N.S.
- 25-44 ans	252	(54.0)	178	(38.1)	36	(7.7)	
- 45-64 ANS	125	(59.2)	75	(35.5)	11	(5.2)	
- 65 ANS ET +	32	(52.5)	26	(42.6)	3	(4.9)	
2- SEXE:							
- masculin	147	(56.3)	100	(38.3)	13	(5.0)	$\chi^2=1.5$ N.S.
- féminin	336	(53.8)	245	(39.2)	44	(7.0)	
3- OCCUPATION:							
- au foyer	208	(54.0)	141	(36.6)	35	(9.1)	$\chi^2=18.4$ $p<.01$
- chômage	67	(43.8)	77	(50.3)	9	(5.9)	
- retraite	30	(55.6)	21	(38.9)	3	(5.6)	
- travail	126	(61.8)	71	(34.8)	7	(3.4)	
4- STATUT SOCIO-ECONOMIQUE:							
- classe inférieure	224	(54.1)	158	(38.2)	32	(7.7)	$\chi^2=8.1$ N.S.
- classe moy-inf.	31	(51.7)	28	(46.7)	1	(1.7)	
- classe moy-sup.	69	(61.6)	36	(32.1)	7	(6.3)	
- classe supérieure	49	(55.1)	37	(41.6)	3	(3.4)	
5- DISTRICT SANITAIRE:							
- Chibougamau	79	(52.6)	56	(37.4)	15	(10.0)	$\chi^2=6.8$ N.S.
- Roberval	138	(55.4)	100	(40.2)	11	(4.4)	
- Dolbeau	115	(51.3)	96	(42.9)	13	(5.8)	
- Alma	143	(56.3)	83	(36.6)	18	(7.1)	

Tableau 21

MOYENS PRIVILEGES D'APRES CERTAINES SOUS-POPULATIONS

Rang	PTS	Heures d'écoute	AGE				SEXE		OCCUPATION				CLASSE	
			20-24	25-4	45-64	65 +	M	F	Foyer	Chômage	Retraite	Travailleur	Inf.	Sup.
2	129	Matin (6:00-9:00)	1	1	3	2	1	2	2	2	2	1	2	1
1	149	Avant-midi (9:00-12:00)	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2
3	59	Dîner (12:00-13:00)	4	4	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3
4	57	Après-midi (13:00-16:30)	3	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	6
6	29	Heures de pointe (16:30-18:00)	6	6	5	5	6	6	6	6	5	5	6	3
5	31	Soirée (18:00-24:00)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	5	5
7	8	Nuit (0:00-6:00)	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7

Tableau 22

LES STATIONS DE RADIO

(écoute durant la dernière semaine en %)

AUDITEURS	CHRL	CFGT	CJMD	CBJ	CKRS	CJAB	CJMT	CJMT
TOTAL:	57.8	37.0	9.9	28.3	19.0	25.4	36.9	9.7
1- DISTRICT:								
- Chibougamau	4.9	4.7	92.5	6.1	24.7	4.9	9.4	6.0
- Roberval	94.5	6.8	0.6	21.4	18.3	20.2	37.6	5.7
- Dolbeau	44.6	3.8	1.3	93.3	13.1	12.5	29.8	9.3
- Alma	54.7	82.6	0	2.3	21.2	41.0	47.2	13.4
2- AGE: *	ROBL	ALMA	CHIB	DOLB				
- 20-24 ans	95.0	75.0	92.6	97.1				
- 25-44 ans	95.0	80.0	89.9	92.6				
- 45-64 ans	91.7	91.4	100.0	95.3				
- 65 ans et +	100.0	90.4	100.0	84.2				
3- SEXE: *								
- masculin	92.5	76.1	90.0	92.3				
- féminin	95.2	84.8	93.5	93.4				
4- OCCUPATION: *								
- au foyer	94.3	87.5	91.7	92.2				
- sans emploi	100.0	84.2	94.1	97.1				
- retraite	93.3	76.9	100.0	92.3				
- travail	92.3	85.7	90.0	92.9				
5- STATUT SOC-ECONO.: *								
- inférieur	94.7	82.7	92.3	90.0				
- moy-inférieur	100.0	72.7	92.3	100.0				
- moy-supérieur	94.6	76.2	96.2	100.0				
- supérieur	89.3	84.4	76.9	89.5				
6- SCOLARITE: *								
- primaire	90.9	93.5	100.0	88.2				
- secondaire	97.0	85.8	94.7	96.5				
- collégial	91.4	75.0	79.2	91.9				
- universitaire	90.3	69.6	92.9	84.6				

* Les données relatives à l'âge, au sexe, à l'occupation, à la scolarité et au statut économique se limitent à l'auditoire "naturel" de chaque station: CHRL=Roberval, CFGT=Alma, CJMD=Chibougamau et CHVD=Dolbeau.

Tableau 23

PERIODE D'ECOUTE DE LA TELEVISION

Période d'écoute	4F./sem.		1-3F./sem.		Rarement		Jamais	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Avant-midi (9-12 hres)	177	(21.1)	219	(26.2)	141	(16.8)	300	(35.8)
Midi (12-13 hres)	321	(37.4)	224	(26.1)	138	(16.1)	175	(20.4)
Après-midi (13-17 hres)	281	(33.6)	242	(28.9)	141	(16.8)	173	(20.7)
Souper (17-19 hres)	537	(61.0)	174	(19.8)	95	(10.8)	75	(8.5)
Soirée (19-23 hres)	790	(87.1)	72	(7.9)	28	(3.1)	17	(1.9)
Nuit (23 hres +)	69	(8.4)	161	(19.6)	222	(27.0)	369	(44.9)

Tableau 24

EMISSIONS DU MIDI

TYPES DE TELESPECTATEURS	CJPM		Test	CKRS		Test
	N	(%)		N	(%)	
Echantillon total	108	(11.1)		103	(12.5)	
1- AGE:						
- 20-24 ans	18	(11.0)	$\chi^2=8.24$ N.S.	13	(7.9)	$\chi^2=34.1$ $p<.0001$
- 25-44 ans	52	(10.6)		38	(7.8)	
- 45-64 ans	27	(12.2)		34	(15.3)	
- 65 ans et +	12	(20.3)		16	(28.1)	
2- SEXE:						
- masculin	20	(7.2)	$\chi^2=15.1$ $p<.001$	21	(7.6)	$\chi^2=6.5$ $p<.05$
- féminin	85	(13.2)		79	(12.6)	
3- SCOLARITE:						
- primaire	26	(15.2)	$\chi^2=42.3$ $p<.0001$	30	(18.2)	$\chi^2=28.6$ $p<.0001$
- secondaire	68	(13.7)		50	(10.3)	
- collégial	11	(6.4)		16	(9.3)	
- université	3	(3.6)		3	(3.2)	
4- OCCUPATION:						
- au foyer	54	(13.6)	$\chi^2=39.0$ $p<.0001$	50	(12.7)	$\chi^2=36.0$ $p<.0001$
- au chômage	24	(15.1)		13	(8.2)	
- retraite	12	(22.6)		14	(26.9)	
- travail	7	(3.4)		13	(6.3)	
5- STATUT SOCIO-ECONO.:						
- inférieur	63	(14.6)	$\chi^2=41.7$ $p<.0001$	50	(11.7)	$\chi^2=16.1$ $p<.05$
- moy-inférieur	3	(4.8)		4	(6.5)	
- moy-supérieur	4	(3.4)		7	(6.0)	
- supérieur	2	(2.1)		8	(8.5)	
6- DISTRICT:						
- Chibougamau	18	(11.8)	$\chi^2=9.8$ N.S.	3	(2.0)	$\chi^2=122.9$ $p<.0000$
- Roberval	31	(11.9)		27	(10.5)	
- Dolbeau	34	(14.2)		23	(9.6)	
- Alma	23	(8.9)		47	(18.0)	

Tableau 25

TELEVISION PAR CABLE

Type de répondant	Abonné		Pas câblé		Tests statistiques
	N	(%)	N	(%)	
- Ensemble du D.S.C.	503	(56.9)	382	(43.1)	
- Localité câblées	367	(78.3)	101	(21.5)	
1- DISTRICT:					
- Chibougamau	134	(89.9)	15	(10.1)	$\chi^2=76.2$ $p<.0001$
- Roberval	155	(61.5)	97	(38.5)	
- Dolbeau	127	(55.5)	102	(44.5)	
- Alma	116	(46.4)	132	(52.8)	
2- AGE:					
- 20-24 ans	94	(58.7)	65	(40.6)	$\chi^2=0.21$ N.S.
- 25-44 ans	279	(60.0)	184	(40.0)	
- 45-64 ans	132	(61.4)	83	(38.6)	
- 65 ans et +	36	(61.0)	23	(39.0)	
3- SCOLARITE:					
- primaire	91	(56.2)	71	(43.8)	$\chi^2=3.42$ N.S.
- secondaire	283	(59.8)	187	(39.5)	
- collégial	109	(64.9)	59	(35.1)	
- universitaire	53	(65.4)	28	(34.6)	
4- STATUT SOCIO-ECONO.:*					
- inférieur	204	(75.6)	66	(24.4)	$\chi^2=4.87$ N.S.
- moyen-inférieur	30	(78.9)	7	(21.1)	
- moyen-supérieur	72	(86.7)	11	(13.3)	
- supérieur	61	(78.2)	17	(21.8)	

- * Pour le statut socio-économique, nous n'avons retenu que les localités câblées puisque le statut socio-économique est étroitement relié au milieu rural ou urbain, et que nos conclusions eussent été biaisées par l'absence du câble en milieu rural.

Tableau 26

TELEVISION COMMUNAUTAIRE

(au moins une fois par semaine)

Type de répondant	Chaque semaine		Non		Tests statistiques
	N	(%)	N	(%)	
- Ensemble des gens câblés	161	(31.9)	345	(68.1)	
- Ensemble des répondants	161	(17.7)	749	(82.3)	
1- DISTRICT:		C; TOT*			
- Chibougamau	36	(28.6;25.7)	90	(71.4)	$\chi^2=9.28$ $p<.05$
- Roberval	55	(37.1;22.4)	95	(62.9)	
- Dolbeau	25	(22.1;12.3)	88	(77.9)	
- Alma	43	(37.7;16.3)	71	(62.3)	
2- AGE:					
- 20-24 ans	20	(22.2)	70	(77.8)	$\chi^2=11.5$ $p<.01$
- 25-44 ans	81	(29.6)	193	(70.4)	
- 45-64 ans	45	(38.5)	72	(61.5)	
- 65 ans et +	15	(50.0)	15	(50.0)	
3- SCOLARITE:					
- primaire	34	(44.7)	42	(55.3)	$\chi^2=9.66$ $p<.05$
- secondaire	87	(32.2)	183	(67.8)	
- collégial	28	(25.9)	80	(74.1)	
- universitaire	12	(22.6)	41	(77.4)	
4- STATUT SOCIO-ECONO.:*					
- inférieur	77	(34.5)	146	(65.5)	$\chi^2=8.11$ $p<.05$
- moyen-inférieur	5	(13.5)	32	(86.5)	
- moyen-supérieur	20	(25.0)	60	(75.0)	
- supérieur	18	(27.7)	47	(72.3)	
5- OCCUPATION:					
- au foyer	78	(36.4)	136	(63.6)	$\chi^2=13.8$ $p<.01$
- sans emploi	17	(23.0)	57	(77.0)	
- retraite	13	(48.1)	14	(51.9)	
- travail	30	(22.2)	105	(77.8)	

* C = % des gens CABLES

TOT = % de la population totale

Tableau 27

STAND D'INFORMATION

Répondant	Oui		Non		Tests statistiques
	N	(%)	N	(%)	
- Ensemble des répondants	492	(54.6)	409	(45.4)	
- Population adulte(D.S.C.)		(52.0)		(48.0)	*
1- DISTRICT:					
- Chibougamau	84	(56.4)	65	(43.6)	$\chi^2=5.26$ N.S.
- Roberval	135	(54.9)	111	(45.1)	
- Dolbeau	108	(47.8)	118	(52.2)	
- Alma	148	(57.6)	109	(42.4)	
2- SEXE:					
- masculin	127	(47.7)	139	(52.3)	$\chi^2=5.24$ $p<.05$
- féminin	349	(56.4)	270	(43.6)	
3- SCOLARITE:					
- primaire	73	(47.1)	82	(52.9)	$\chi^2=18.7$ $p<.001$
- secondaire	240	(50.3)	237	(49.7)	
- collégial	109	(64.1)	61	(35.9)	
- universitaire	56	(67.5)	27	(32.5)	
4- OCCUPATION:					
- au foyer	200	(52.6)	180	(47.4)	$\chi^2=17.4$ $p<.01$
- sans emploi	71	(46.1)	83	(53.9)	
- retraite	21	(47.7)	23	(53.3)	
- travail	135	(65.2)	72	(34.8)	
5- STATUT SOCIO-ECONO.:*					
- inférieur	201	(49.5)	205	(50.5)	$\chi^2=20.3$ $p<.001$
- moyen-inférieur	39	(63.9)	22	(36.1)	
- moyen-supérieur	63	(54.3)	53	(45.7)	
- supérieur	70	(73.7)	25	(26.3)	

- * Ajusté mathématiquement pour compenser la surreprésentation féminine chez les répondants.

Tableau 28

CIRCONSTANCE DU STAND

Répondant	Centre d'achat	Exposition	Etablis- sement public	Autre	TEST STATIS- TIQUES
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
- Ensemble des répondants	200 (38.4)	162 (31.1)	132 (25.3)	26 (5.0)	
- Population du D.S.C.*	(42.6)	(30.4)	(23.1)	(3.9)	
1- DISTRICT:					
- Chibougamau	34 (38.6)	13 (14.8)	35 (39.8)	6 (6.8)	$\chi^2=28.8$ $p<.001$
- Roberval	47 (32.4)	60 (41.4)	30 (20.7)	7 (4.8)	
- Dolbeau	44 (38.3)	43 (37.4)	23 (20.0)	5 (4.3)	
- Alma	67 (44.4)	39 (25.8)	39 (25.8)	6 (4.0)	
2- SEXE:					
- masculin	69 (51.1)	39 (28.9)	24 (17.8)	3 (2.2)	$\chi^2=14.6$ $p<.01$
- féminin	126 (34.0)	118 (31.8)	105 (28.3)	21 (5.7)	
3- AGE:					
- 20-24 ans	34 (41.0)	29 (34.9)	20 (24.1)		$\chi^2=7.22$ N.S.
- 25-44 ans	105 (40.1)	75 (29.1)	78 (30.2)		
- 45-64 ans	50 (39.7)	51 (40.5)	25 (19.8)		
- 65 ans et +	7 (36.8)	7 (36.8)	5 (26.3)		

* Pourcentage ajusté mathématiquement en fonction de la surreprésentation féminine.

Tableau 29

DISCUSSION AVEC LES PREPOSES

Répondants	Non, seule- ment regardé		Oui, posé des questions		Tests statistiques
	N	(%)	N	(%)	
- Ensemble des répondants	273	(51.5)	257	(48.5)	
- Population (D.S.C.)*		(49.6)		(50.4)	
1- DISTRICT:					
- Chibougamau	59	(64.8)	32	(35.2)	$\chi^2=7.93$ $p<.05$
- Roberval	68	(47.2)	76	(52.8)	
- Dolbeau	59	(48.8)	62	(51.2)	
- Alma	78	(50.6)	76	(49.4)	
2- SEXE:					
- masculin	60	(43.8)	77	(56.2)	$\chi^2=4.74$ $p<.05$
- féminin	209	(55.1)	170	(44.8)	

- * Ajustée mathématiquement en fonction du sexe.

Tableau 30

UTILISATION DE LA DOCUMENTATION

Type de répondants	Lu et jeté après		Lu et conservé		Montré à d'autres		Jeté ou ne sait plus		TEST STATISTIQUES
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
- Ensemble des répondants	228	(46.2)	224	(45.3)	19	(3.8)	23	(4.6)	
- Population du D.S.C.*		(50.0)		(40.4)		(3.9)		(5.1)	
1- DISTRICT:									
- Chibougamau	37	(43.0)	42	(48.8)	4	(4.7) ¹	3	(3.5)	$\chi^2=6.46$ N.S.
- Roberval	54	(40.6)	64	(48.1)	9	(6.8)	6	(4.6)	
- Dolbeau	47	(42.7)	56	(50.9)	2	(1.8)	5	(4.5)	
- Alma	77	(53.8)	54	(37.8)	4	(2.8)	8	(5.6)	
2- SEXE:									
- masculin	76	(58.5)	38	(29.2)	6	(4.6)	10	(7.7)	$\chi^2=19.9$ $p<.001$
- féminin	145	(41.5)	180	(51.6)	11	(3.2)	13	(3.8)	
3- OCCUPATION:									
- au foyer	86	(52.8)	104	(51.7)	6	(3.0) ¹	5	(2.5)	$\chi^2=16.0$ $p<.05$
- sans emploi	23	(35.9)	33	(51.6)	1	(1.6)	7	(10.9)	
- retraite	12	(48.0)	11	(44.0)	2	(8.0)	0		
- travailleur	71	(53.4)	51	(38.3)	5	(3.8)	6	(4.6)	

* Données ajustées par procédé mathématique en fonction du sexe du répondant.

¹ Colonne exclue du calcul du χ^2 (manque de cas).

Tableau 31

SOURCE D'INTERET DANS UN STAND
(% d'intéressés)

SOURCE	DSC*	CHIB.	ROVL	DOLB.	ALMA	20-24	25-44	45-64	65+	MASC.	FEM.
Projection audio-visuelle	37.3	42.0	33.7	33.3	42.8	37.3	40.0	38.2	20.9	36.5	38.1
Affiches	12.7	12.7	13.6	13.0	14.4	10.8	15.0	13.6	10.4	11.0	14.3
Décor attrayant	11.7	9.6	14.8	11.0	10.6	10.2	13.6	11.0	3.0	11.3	12.1
Présence d'animateurs	32.8	37.6	33.7	28.5	37.5	33.1	35.7	35.1	16.4	30.9	34.6
Brochures ou matériel	37.4	50.3	37.9	34.6	39.8	42.2	42.2	41.7	14.9	31.2	43.6
Concours avec prix	6.0	5.7	8.3	7.7	6.1	6.0	6.0	9.6	10.4	3.9	8.0
Jeu participatif	10.7	10.8	12.5	11.0	9.8	17.5	17.5	11.8	11.9	9.9	11.5

* Pourcentage ajusté mathématiquement en fonction du sexe.

Tableau 32

LECTURE DU BULLETIN PAROISSIAL

Répondants	Chaque semaine	1 fois par mois	Rarement	Jamais	TESTS STATIS- TIQUES
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
- Ensemble des répondants	467 (49.1)	212 (22.3)	139 (14.6)	134 (14.1)	
- Population du D.S.C.*	(44.0)	(23.6)	(15.4)	(17.1)	
1- DISTRICT:					$\chi^2=10.9$ N.S.
- Chibougamau	67 (43.2)	44 (28.4)	18 (11.6)	26 (16.8)	
- Roberval	130 (50.2)	52 (20.1)	44 (17.0)	33 (12.7)	
- Dolbeau	123 (50.8)	56 (23.1)	36 (14.9)	27 (11.2)	
- Alma	126 (47.7)	58 (22.0)	35 (13.3)	45 (17.0)	
2- AGE:					$\chi^2=99.6$ $p<.0000$
- 20-24 ans	54 (32.9)	45 (27.4)	36 (22.0)	29 (17.7)	
- 25-44 ans	200 (40.7)	124 (25.2)	81 (16.5)	87 (17.7)	
- 45- 64 ans	155 (68.9)	36 (16.0)	18 (8.0)	16 (7.1)	
- 65 ans et +	51 (83.6)	7 (11.5)	2 (3.3)	1 (1.6)	
3- SEXE:					$\chi^2=59.3$ $p<.0000$
- masculin	88 (31.7)	74 (26.6)	48 (17.3)	68 (24.5)	
- féminin	366 (56.2)	134 (20.6)	88 (13.5)	63 (9.7)	
4- SCOLARITE:					$\chi^2=66.0$ $p<.0000$
- primaire	118 (69.4)	25 (14.7)	19 (11.2)	8 (4.7)	
- secondaire	232 (46.3)	129 (25.7)	73 (14.6)	67 (13.4)	
- collégial	72 (42.1)	33 (19.3)	35 (20.5)	31 (18.1)	
- université	25 (30.1)	20 (24.1)	12 (14.5)	26 (31.3)	
5- OCCUPATION:					$\chi^2=67.3$ $p<.0000$
- au foyer	222 (55.5)	91 (22.8)	54 (13.5)	33 (8.3)	
- sans emploi	67 (42.1)	37 (23.3)	28 (17.6)	27 (17.0)	
- retraité	40 (72.7)	9 (16.4)	3 (5.5)	3 (5.5)	
- travailleur	65 (31.1)	55 (26.3)	34 (16.3)	55 (26.3)	
6- STATUT SOCIO-ECONO:					$\chi^2=41.6$ $p>.0000$
- inférieur	225 (51.4)	94 (21.5)	59 (13.5)	60 (13.7)	
- moyen-inférieur	19 (30.2)	21 (33.3)	18 (28.6)	5 (7.9)	
- moyen-supérieur	36 (30.8)	31 (26.5)	18 (15.4)	32 (27.4)	
- supérieur	37 (38.9)	21 (22.1)	14 (14.7)	23 (24.2)	

* Résultats pour la population du DSC ajustés en fonction de la surreprésentation féminine.

Tableau 33

AFFICHES DANS UN ENDROIT PUBLIC

Répondants	J'en lis parfois		Tests statistiques	Facteur d'intérêt			
	N	(%)		Thème %	Lieu %	Image %	Autre %
Ensemble des répondants	730	(78.9)		72.2	7.6	13.0	7.3
1- DISTRICT:							
- Chibougamau	132	(84.6)	$X^2=6.44$ N.S.	73.4	6.3	15.6	4.7
- Roberval	191	(76.7)		72.0	8.3	13.0	6.7
- Dolbeau	173	(74.5)		70.3	7.8	14.1	7.8
- Aima	209	(80.1)		76.7	6.8	8.7	7.8
2- AGE:							
- 20-24 ans	146	(90.1)	$X^2=50.3$ $p<.0000$	70.4	9.9	13.4	6.3
- 25-44 ans	393	(81.9)		69.9	7.8	14.0	8.3
- 45-64 ans	152	(69.7)		76.6	7.1	9.7	6.6
- 65 ans et +	30	(51.8)		88.9	0	8.3	2.8
3- SCOLARITE:							
- primaire	102	(63.0)	$X^2=33.0$ $p<.0001$	75.2	7.9	9.9	7.0
- secondaire	400	(82.1)		72.3	7.7	13.5	6.5
- collégial	144	(84.3)		70.1	9.5	12.2	8.2
- université	68	(84.0)		70.6	2.9	17.6	8.9

Tableau 34

**DISTRIBUTION POSTALE ET JOURNAL
PROVENANT D'UN C.L.S.C.**

Répondants	Distribution postale		Tests statistiques	Journal du CLSC		Tests statistiques
	Oui N (%)	Non n (%)		Oui N (%)	Non N (%)	
Ensemble des répondants	899 (91.5)	46 (4.9)		914 (96.1)	35 (3.7)	
Population du DSC*	(93.6)	(6.4)		(95.2)	(4.8)	
1- DISTRICT SANITAIRE:						
- Chibougamau	149 (95.5)	7 (44.5)	$\chi^2=0.47$ N.S.	151 (96.2)	6 (3.8)	$\chi^2=0.63$ N.S.
- Roberval	246 (95.0)	13 (5.0)		252 (95.8)	11 (4.2)	
- Dolbeau	227 (94.6)	13 (5.4)		233 (97.1)	7 (2.9)	
- Alma	251 (95.8)	11 (4.2)		253 (96.6)	9 (3.4)	
2- SEXE:						
- masculin	248 (90.5)	26 (9.5)	$\chi^2=16.5$ $p<.001$	257 (93.1)	18 (6.5)	$\chi^2=7.3$ $p<.01$
- féminin	631 (97.1)	19 (2.9)		637 (97.3)	17 (2.6)	

BIBLIOGRAPHIE MODULE 1

- 1- COUTURE, R.,
Projet de recherche sur les besoins en information socio-sanitaire de la population de la région 02-B,
Département de Santé Communautaire, Roberval,
1981, 30 p.
- 2- LAMARRE, F.D. et al.,
Enquête sur les sources d'information qui influencent les mères au sujet de l'alimentation du nourrisson,
D.S.C. de Maisonneuve-Rosemont, Montréal, 1978,
11 p.
- 3- COUTURE, R. et OLIVIER, G.,
Analyse comparative des données statistiques du cours prénatal, 1979-80,
Département de Santé Communautaire, Roberval,
1980, 48 p.
- 4- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
Études auprès de la population sur la décentralisation dans les C.R.S.S.S. du Québec,
Service des études sociales, Québec, 1980, 206 p.
- 5- SIEMATYCKI, J.,
A comparison of mail, telephone and home interview strategies for household health surveys,
Am. J. Public Health, 69: 238-245, 1979.
- 6- U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE,
Advances in health survey research methods,
NCHSR, Rockville (Md), 1975, 58 p.
- 7- COUTURE, R.,
La recherche de besoins dans un contexte communautaire,
Département de Santé Communautaire, Roberval,
1981, 30 p.
- 8- FOURNIS, Y.,
Les études de marché,
Dunod, Paris, 1974, 158 p.
- 9- DILLMAN, D.A.,
Mail and telephone surveys: the total design method,
John Wiley and Sons, New York, 1978, 325 p.
- 10- MOSER, C.A. et KALTON, G.,
Survey methods in social investigation,
Basic Books, New York, 1972, 549 p.
- 11- OPPENHEIM, A.N.,
Questionnaire design and attitude measurement,
Basic Books, New York, 1966, 298 p.
- 12- BELSON, W.A.,
The design and understanding of survey questions,
Gower, Aldershot (Ang.), 1981, 399 p.
- 13- GORDEN, R.L.,

Unidimensional scaling of social variables: concepts and procedures,
The Free Press, Londres, 1977, 175 p.

- 14- COCHRAN, W.G.,
Sampling Techniques,
John Wiley and Sons, New York, 1977, 428 p.
- 15- KISH, L.,
Survey Sampling,
John Wiley and Sons, New York, 1965, 643 p.
- 16- BLALOCK, H.M.,
Social statistics,
McGraw-Hill, New York, 1979, 626 p.

BIBLIOGRAPHIE MODULE 2

- 1- MOSER, C.A. et KALTON, G.,
Survey methods in social investigation,
Basic Books, New York, 1972, 549 p.
- 2- DILLMAN, D.A.,
Mail and telephone surveys: the Total Design Method,
John Wiley and Sons, New York, 1978, 325 p.
- 3- COUTURE, R.,
Les besoins de la population adulte en information socio-sanitaire: Module #1: Protocole de recherche,
Département de Santé Communautaire, Roberval,
1983, 38 p.
- 4- COUTURE, R.,
Étude des besoins en éducation populaire de la population adulte du Saguenay-Lac-St-Jean-Chibougamau,
Cégeps de la région Saguenay-Lac-St-Jean, 1982,
119 p.
- 5- STATISTIQUE CANADA,
Recensement du Canada de 1981: certaines caractéristiques sociales et économiques,
Ministère des Approvisionnements et Services Canada, Brochure E-575, Ottawa, 1983, 1400 p.
- 6- STATISTIQUE CANADA,
Recensement du Canada de 1981: certaines caractéristiques,
Ministère des Approvisionnements et Services Canada, Brochure 95-902, 1982, 96 p.
- 7- BLALOCK, H.M.,
Social Statistics,
McGraw-Hill, New York, 1979, 626 p.
- 8- STATISTIQUE CANADA,
Dictionnaire du recensement de 1981,
Ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 1982, 159 p.

9- COUTURE, R.,
Classification du statut socio-économique selon la profession exprimée,
DSC de Roberval, 1986, 11 p.

10- BLISHEN, B.R. et McROBERTS, H.A.,
A revised socioeconomic Index for occupations in Canada,
Revue Canadienne de Sociologie et d'Anthropologie, 13 (1), 1976, pp. 71-79.

11- PIENO, P.C. et PORTER, J.,
Occupational prestige in Canada,
Revue Canadienne de Sociologie et d'Anthropologie, 4: 24-40.

12- ENQUETE SANTE-CANADA,
La santé des Canadiens,
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, 1981, 243 p.

13- PAMPALON, R.,
Géographie de la santé au Québec
Ministère des Communications, Québec, 1985, 392 p.

14- COUTURE, R.,
Enquête en nutrition auprès des étudiants du secondaire et du collégial,
Département de Santé Communautaire, Roberval, 1985, 2 vol., 167 p.

15- WINGARD, D.L., BERKMAN, L.F. et BRIAND, R.J.,
A multivariate analysis of health related practices,
American Journal of Epidemiology, 1982, Vol. 116, No 5, pp 765-775.

16- BERKMAN, L.F. et BRESLOW, L.,
Health and Ways of living: the Alameda County Study,
Oxford University Press, New York, 1983, 237 p.

17- CATLER, S.J. et LOVELAND, D.B.,
The risk of developing lung cancer and its relationship to smoking,
Journal of the National Cancer Institute, 1954, 15: 201-211.

18- KAHN, H.A.,
The study of smoking among U.S. veterans: report on eight and one-half years of observation,
NCI Monograph 19, Washington (National Cancer Institute, 1966)

19- GARFINKEL, L.,
Time trends in lung cancer mortality among nonsmokers and a note on passive smoking,
Journal of the national Cancer Institute, 1981, 66: 1061-1066.

20- MATTSON, M.E., POLLACK, E.S. and CULLEN, J.W.,
What are the odds that smoking will kill you?
American Journal of Public Health, avril 1987, 77: 425-431.

21- UNITED STATES, DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, PUBLIC HEALTH SERVICE, CENTER FOR DISEASE CONTROL,
The Health Consequences of smoking 1975,
Washington, U.S. Governments printing Office, 1975.

22- UNITED STATES, DHEW, NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM,
Alcohol and Health: New knowledge,
Washington, U.S. Government Printing Office, 1975.

23- SCHMIDT, W.,
Effects of Alcohol Consumption on Health,
Journal of Public Health Policy, 1: 25-40, 1980.

24- LANDRY, F., HAWKINS, L., LAMARCHE, P., O'BRIAN, R. et PAMPALON, R.,
La mesure et l'atténuation des facteurs de risque et la promotion de la santé,
La Société de Médecine Préventive, 18e Assises annuelles, Ottawa, 1983, 690 p.

BIBLIOGRAPHIE MODULE 3

1- COUTURE, R.,
Enquête sur les personnes âgées de 65 ans et plus vivant sur le territoire du Lac-St-Jean Est, Module #5: Santé de la personne âgée,
C.L.S.C. Le Noroît, Alma, 1984, 44 p.

2- COUTURE, R. et MARCHARD, M.,
La condition dentaire des élèves de sixième année du territoire du DSC de Roberval,
Département de Santé Communautaire, Roberval, 1982, 103 p.

BIBLIOGRAPHIE MODULE 5

1- COUTURE, R.,
Les besoins de la population adulte en information socio-sanitaire: Protocole de recherche,
Département de Santé Communautaire, Roberval, 1983, 38 p.

2- ASSELIN, L.M. et BOUCHARD, P.,
Etude auprès de la population sur la décentralisation dans les C.R.S.S.S. au Québec,
MAS: service des études sociales, Québec, 1980, 206 p.

3- COUTURE, R.,
Enquête en nutrition auprès des adolescents du secondaire et du collégial,
Département de Santé Communautaire, Roberval, 1985, 170 p.

4- BOUCHARD, D.,
Les connaissances sur les MTS chez les adolescents du secondaire,
Département de Santé Communautaire, Roberval, 1978, 26 p.

- 5- DEMERS-LANGEVIN, N. et NOEL, P.,
**Connaissances et interrogations des étudiants du
niveau secondaire concernant la nutrition,**
D.S.C., Hauterive, 1977, 35 p.
- 6- COUTURE, R.,
**Les besoins de la population adulte en information
socio-sanitaire - Module #3: Les champs d'intérêt,**
Département de Santé Communautaire, Roberval,
1984, 56 p.
- 7- COUTURE, R.,
**Etude des besoins en éducation populaire de la
population adulte du Saguenay-Lac-St-Jean,**
S.E.A. des Cégeps du Saguenay-Lac-St-Jean, 1982,
119 p.
- 8- COUTURE, R.,
**Les besoins de la population adulte en information
socio-sanitaire - Module #2: Les caractéristiques et
habitudes de vie,**
Département de Santé Communautaire, Roberval,
1985, 56 p.
- 9- ENQUETE SANTE CANADA,
La santé des Canadiens,
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa,
1981, 243 p.
- 10- SANTE ET BIEN-ETRE SOCIAL,
**L'examen médical périodique: Rapport d'un
groupe d'étude à la conférence des sous-ministres
de la santé,**
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa,
1980, 208 p.
- 11- LAFONTAINE, B.,
**Commentaires sur l'étude américaine "National
preventive dentistry demonstration program",**
Ministère des Affaires sociales, Québec, 1984, 28 p.
- 12- LAFONTAINE, B.,
**Examen de certains aspects scientifiques de la
fluoruration,**
Journal Dentaire du Québec, mai 1983, pp. 11-21.
- 13- COUTURE, R.,
**La condition dentaire des élèves de sixième
année: rapport de l'enquête 1981,**
Département de Santé Communautaire, Roberval,
1982, 103 p.
- 14- MARCHAND, M. et BOUCHARD, D.,
**Rapport de l'enquête sur la condition dentaire des
écoliers,**
Département de Santé Communautaire, Roberval,
1976, 24 p.
- 15- COUTURE, R.,
Guide de rédaction de questionnaires,
Département de Santé Communautaire, Roberval,
1983, 21 p.

N 5708

“La santé est un bien qui s’entretient”



Hôtel-Dieu de Roberval
140, Avenue Lizotte,
Roberval, Québec
G8H 1B9 tel. (418) 275-0110