



HAL
open science

LES ÉVALUATIONS EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Jean-Claude Manderscheid

► **To cite this version:**

Jean-Claude Manderscheid. LES ÉVALUATIONS EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ. Education. Université Montpellier I; Unité de formation et de recherche de Médecine, 1992. Français. NNT : . tel-01843566

HAL Id: tel-01843566

<https://hal.science/tel-01843566>

Submitted on 18 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

TU 92.70N-1/1

UNIVERSITE MONTPELLIER I

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DE MEDECINE

LES EVALUATIONS EN EDUCATION POUR LA SANTE

Thèse présentée pour obtenir le grade de
Docteur de l'Université Montpellier I

03 49 512

Formation doctorale : Biostatistique et Informatique Médicale

Groupe des disciplines du CNU : Epidémiologie, économie de la santé et prévention ;
biostatistique et informatique médicale

Section n° 46 ; Sous-section 1



par

Jean-Claude MANDERSCHIED

soutenue le 7 janvier 1992



0 MPM 0170978

JURY : MM. F. GREMY

Professeur de Santé Publique Montpellier I

Président

J.-P. DESCHAMPS

Professeur de Santé Publique Nancy I

B. MATALON

Professeur de Psychologie sociale Paris VIII

Y. ESCOUFIER

Professeur de Mathématiques Montpellier II

J.-P. PAGES

Laboratoire de Statistique et d'Etudes Economiques
et sociales du CEA (Chef de Service)

M. DANZON

Comité Français d'Education pour la Santé (Délégué Général)

Table des matières

I - INTRODUCTION.....	1
1. UN PROJET EDUCATIF A PROPOS DU SIDA	7
1.1. Présentation du projet.....	7
1.1.1. Schéma de la stratégie	8
1.1.2. Choix de la vidéo	9
1.1.3. Les acteurs en présence	11
1.1.3.1. Le groupe des adolescents du lycée et le sous groupe des participants aux ateliers	11
1.1.3.2. Le groupe des adultes relais	11
1.1.3.3. Le groupe d'encadrement des ateliers	12
1.1.3.4. L'animateur	13
1.1.3.5. Le groupe de recherche.....	14
1.1.3.6. Le groupe des experts	14
1.1.4. Déroulement de la stratégie et interrelations attendues entre groupes d'acteurs	14
1.1.4.1. La mise en place des moyens	15
1.1.4.1.1. Mise en place des moyens humains	15
1.1.4.1.2. Mise en place des moyens matériels.....	15
1.1.4.1.3. Mise en place des ateliers	16
1.1.4.2. Réalisation du document.....	17
1.1.4.3. Restitution à l'ensemble du groupe	17
1.1.5. Perspectives de l'évaluation.....	18
1.2. Evaluation de processus	22
1.2.1. La mise en place des moyens humains	22
1.2.1.1. Constitution des équipes d'encadrement	23
1.2.1.2. Constitution des groupes adolescents	25
1.2.2. L'expérience d'animation	32
1.2.2.1. Phase de sensibilisation.....	32
1.2.2.1.1. Utilisation du dossier technique.....	33
1.2.2.1.2. Les initiatives originales.....	34
1.2.2.2. Phase de production vidéo.....	39
1.2.2.2.1. Initiation technique	39
1.2.2.2.2. Organisation de l'outil vidéo.....	39

1.2.2.2.3. Les scénarios	41
1.2.2.3. Phase de diffusion des clips.....	45
1.2.2.3.1. Présentation des clips.....	45
1.2.2.3.2. L'organisation des débats	46
1.2.3. En guise de bilan qualitatif.....	49
1.3. Les enquêtes.....	51
1.3.1. Modalités de l'évaluation par questionnaires.....	51
1.3.1.1. Le plan d'expérience.....	51
1.3.1.2. La technique d'anonymat.....	55
1.3.1.3. La pré-enquête	55
1.3.1.3.1. La mise en œuvre de la pré-enquête.....	56
1.3.1.3.2. Les conclusions de la pré-enquête	56
• Faisabilité :.....	56
• Compréhension	56
• L'anonymat	57
• Informations sur la perception du sida par les adolescents.....	57
1.3.1.4. Elaboration du questionnaire final.....	59
1.3.1.4.1. Dans quel sens ont été faites les corrections	59
1.3.1.4.2. Quelles personnes ont été consultées ?.....	59
1.3.1.4.3. Description du questionnaire final	60
1.3.2. L'enquête avant l'action	61
1.3.2.1. Mise en œuvre de l'enquête	61
1.3.2.1.1. Tirage au sort de la population concernée par la première enquête.....	61
1.3.2.1.2. Les enquêteurs	63
1.3.2.1.3. La réalisation pratique de l'enquête et description de son déroulement	64
1.3.2.2. Analyse de la première enquête	69
1.3.2.2.1. Etude générale de la population	70
1.3.2.2.2. Etude des relations sexuelles	72
1.3.2.2.3. L'information et les connaissances sur le sida.....	76
<i>L'information</i>	77
<i>Les connaissances</i>	78
1.3.2.2.4. Les adolescents et les préservatifs	83
1.3.2.2.5. Les espoirs de guérison et les moyens de prévention	88
1.3.2.2.6. Réaction à l'annonce de la maladie	91
1.3.2.2.7. Validité du tirage au sort pour l'affectation aux groupes action ou témoin	96
1.3.3. L'enquête après l'action	97

1.3.3.1. Le questionnaire et la mise en œuvre de la deuxième enquête	98
1.3.3.2. Analyse de la deuxième enquête seule	98
1.3.3.2.1. Les tris croisés.....	99
Le sida et l'information	99
Les modes de transmission du sida	101
Les pratiques sexuelles et leurs images.....	101
La menace.....	104
Le dépistage.....	105
Les modifications de comportement de l'individu	105
Comportement vis-à-vis des malades.....	106
1.3.3.2.2. Les corrélations et l'analyse en composantes principales.....	106
1.3.3.3. Evaluation comparative des effets	107
1.3.3.3.1. La perception de l'information	109
1.3.3.3.2. La communication à propos du sida	110
1.3.3.3.3. Les moyens d'information	111
1.3.3.3.4. Croyances et connaissances sur la transmission du sida	112
1.3.3.3.5. Les réactions à l'annonce de la maladie	114
1.3.3.3.6. L'usage des préservatifs.....	115
1.3.3.3.7. Les rapports sexuels	116
1.3.3.3.8. Connaissance des centres de dépistage	117
2. L'EDUCATION POUR LA SANTE : DEFINITIONS, MODELES ET STRATEGIES	121
2.1. L'approche individuelle de l'éducation pour la santé	123
2.1.1. L'approche "pensée-action"	123
2.1.1.1. La "social cognitive theory" et le concept de "self-efficacy"	124
2.1.1.2. Le "Health belief model"	127
2.1.1.3. Les autres modèles et concepts cognitivistes	130
2.1.2. L'approche "action-pensée" ou la théorie de la soumission librement consentie	134
2.1.3. L'introduction de la composante environnementale.....	136
2.1.4. L'approche participative individuelle	136
2.2. L'approche sociale et politique de l'éducation pour la santé	141
2.2.1. Le soutien social et les réseaux sociaux	143
2.2.2. L'implication sociale et l'approche politique de l'éducation pour la santé.....	147
2.3. Essai de synthèse des différentes approches en éducation pour la santé	153
2.3.1. Classification des différentes approches en éducation pour la santé.....	153

2.3.2. Valeur et légitimité des différentes approches en éducation pour la santé	155
2.3.3. Du modèle à l'action	157
3. LES EVALUATIONS EN EDUCATION POUR LA SANTE.....	159
3.1. Les champs et définition de l'évaluation en éducation pour la santé.....	159
3.2. L'approche classique de l'évaluation	162
3.2.1. L'évaluation des besoins, des problèmes et des demandes de santé.....	163
3.2.2. L'évaluation de situation	165
3.2.3. L'évaluation des ressources	172
3.2.4. L'évaluation du processus.....	173
3.2.5. L'évaluation des effets	174
3.2.5.1. Les objets de l'évaluation des effets	174
3.2.5.2. Les finalités et les aspects de l'évaluation des effets	180
3.2.5.3. Le modèle expérimental.....	182
• La relation de causalité	182
• Les mesures comparatives	183
• L'affectation aléatoire des sujets	184
• La représentativité de l'échantillon	184
• La reproductibilité de l'expérience	185
3.2.5.4. Les alternatives au modèle expérimental	190
3.2.5.5. Les outils de production de données	192
3.2.5.5.1. Le questionnaire	194
3.2.5.5.2. L'entretien d'enquête	199
3.3. L'évaluation globale.....	202
3.3.1. L'analyse statistique des données textuelles	202
3.3.1.1. Préliminaires linguistiques	202
3.3.1.2. Présentation de l'analyse statistique de données textuelles	204
3.3.1.3. La nature des données	204
3.3.1.3.1. Les données textuelles	204
3.3.1.3.2. Les données numériques.....	206
3.3.1.3.3. Les tableaux de contingences et l'approche lexicométrique.....	207
3.3.1.4. Le traitement des données.....	209
3.3.1.4.1. L'analyse des correspondances	209
3.3.1.4.2. La classification automatique	216
3.3.1.5. Analyse du discours en éducation pour la santé	218

3.3.2. L'analyse factorielle des représentations.....	220
3.3.2.1. L'interaction comme objet d'analyse	220
3.3.2.2. De la notion d'interaction à la définition des paramètres du modèle	222
3.3.2.3. Du modèle factoriel aux enquêtes	225
3.3.2.4. Interprétation des premières dimensions factorielles	226
3.3.2.5. Application à l'étude de la population visée par notre action éducative	229
3.3.3. L'approche globale et l'évaluation des effets.....	235
3.4. L'évaluation endoformative.....	236
CONCLUSION	240
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	246
ANNEXES.....	253

Liste des Tableaux

Tableau (1.1.5) 1	Etablissements d'enseignement long tirés au sort pour l'action.....	19
Tableau (1.1.5) 2	Etablissements professionnels tirés au sort pour l'action	20
Tableau (1.3.2.1.1) 1	Classes tirées au sort pour l'évaluation	62
Tableau (1.3.2.1.1) 2	Classes tirées au sort pour l'évaluation (enseignement professionnel).....	63
Tableau (1.3.2.1.3) 1	Moyenne, écart-type du nombre d'absents par classe.....	66
Tableau (1.3.2.1.3) 2	Durée de la présentation.....	67
Tableau (1.3.2.1.3) 3	Durée de l'interrogation.....	67
Tableau (1.3.2.2.1) 1	Répartition du sexe selon le type d'enseignement	71
Tableau (1.3.2.2.2) 1	Nombre de partenaires en fonction du sexe	73
Tableau (1.3.2.2.2) 2	Ancienneté du premier rapport sexuel en fonction du sexe	73
Tableau (1.3.2.2.2) 3	Nombre de partenaires en fonction de l'ancienneté du premier rapport sexuel.....	74
Tableau (1.3.2.2.2) 4	Nombre de partenaires sexuels.....	75
Tableau (1.3.2.2.2) 5	Age moyen selon l'ancienneté du premier rapport.....	76
Tableau (1.3.2.2.3) 1	Reconnaissance de slogans en fonction de la perception de la qualité de l'information	79
Tableau (1.3.2.2.3) 2	Perception de la transmission mère/enfant en fonction du sexe	80
Tableau (1.3.2.2.3) 3	Croyance d'une transmission par le don de sang en fonction du sexe.....	81
Tableau (1.3.2.2.3) 4	Perception de la contagiosité en fonction du nombre de partenaires	82
Tableau (1.3.2.2.3) 5	Perception d'espoir de guérison en fonction du nombre de partenaires	82
Tableau (1.3.2.2.4) 1	Utilisation des préservatifs en fonction du nombre de partenaires	84
Tableau (1.3.2.2.4) 2	Utilisation des préservatifs en fonction de l'ancienneté du premier rapport	84
Tableau (1.3.2.2.4) 3	Gêne avec petit ami en fonction du nombre de partenaires	85

Tableau (1.3.2.2.4) 4	Gêne avec petit ami en fonction de l'ancienneté du premier rapport sexuel	86
Tableau (1.3.2.2.4) 5	Gêne avec partenaire occasionnel en fonction du nombre de partenaires	86
Tableau (1.3.2.2.4) 6	Gêne avec partenaire occasionnel en fonction de l'ancienneté du premier rapport.....	87
Tableau (1.3.2.2.5) 1	Croyance de guérison en fonction du type d'enseignement	89
Tableau (1.3.2.2.5) 2	Propositions préventives en fonction du type d'enseignement.....	90
Tableau (1.3.2.2.5) 3	Propositions préventives en fonction du nombre de partenaires	90
Tableau (1.3.2.2.6) 1	Evitement du problème en fonction du sexe.....	92
Tableau (1.3.2.2.6) 2	Evitement du problème en fonction du nombre de partenaires	92
Tableau (1.3.2.2.6) 3	Evitement du problème en fonction du type d'enseignement.....	93
Tableau (1.3.2.2.6) 4	Peur de mourir en fonction du sexe	94
Tableau (1.3.2.2.6) 5	Peur de mourir en fonction de l'expérience sexuelle	95
Tableau (1.3.3.2.1) 1	Le réchauffement de l'atmosphère et l'enseignement long.....	100
Tableau (1.3.3.2.1) 2	Nucléaire et enseignement long	100
Tableau (1.3.3.2.1) 3	Nucléaire et enseignement court	100
Tableau (1.3.3.2.1) 4	Nombre de partenaires en fonction du sexe	102
Tableau (1.3.3.2.1) 5	Nombre de partenaires en fonction du type de lycée	102
Tableau (1.3.3.2.1) 6	Usage de préservatifs en fonction du sexe.....	103
Tableau (1.3.3.2.1) 7	Perception du risque d'être contaminé par rapport à la population générale	104
Tableau (1.3.3.3.1) 1	Perception de l'information.....	110
Tableau (1.3.3.3.2) 1	Personnes avec lesquelles on parle du sida.....	111
Tableau (1.3.3.3.3) 1	Les moyens d'information.....	112
Tableau (1.3.3.3.4) 1	Croyances et connaissances sur la transmission du sida.....	114
Tableau (1.3.3.3.5) 1	Les réactions à l'annonce de la maladie	115
Tableau (1.3.3.3.6) 1	L'usage des préservatifs	116
Tableau (1.3.3.3.7) 1	Les rapports sexuels.....	117
Tableau (1.3.3.3.8) 1	Connaissance des centres de dépistage.....	118
Tableau (2.1.1.2) 1	Correspondance entre les concepts de la "Social cognitive theory" et ceux du "Health belief model".....	129
Tableau (2.1.1.3) 1.	Combinaison du "self-efficacy" et du "locus of control"	131

Tableau (2.3.1) 1	Les quatre types d'approches en éducation pour la santé	154
Tableau (3.1) 1	L'évaluation, pour qui, pour quoi, comment ?.....	161
Tableau (3.2.5.3) 1	Modèle expérimental à quatre groupes de R. Solomon	186
Tableau (3.3.1.4.1) 1	Tableau lexical partiel : formes, diplômes	209
Tableau (3.3.1.4.1) 2	Tableau des profils-lignes	210
Tableau (3.3.1.4.1) 3	Tableau des profils-colonnes.....	211
Tableau (3.4) 1	Caractéristiques d'une évaluation selon ses finalités	239

Liste des figures

Figure (1.3.1.1) 1	Comparaison de quatre séries quantitatives appariées deux à deux.....	51
Figure (1.3.1.1) 2	Comparaison de deux tableaux de contingence.....	53
Figure (1.3.1.1) 3	Double comparaison action-témoin sur échantillons indépendants.....	54
Figure (1.3.2.1.3) 1	Répartition des classes selon le corps d'appartenance de l'enquêteur.....	65
Figure (1.3.2.1.3) 2	Distribution du nombre d'absents par classe.....	66
Figure (1.3.2.1.3) 3	Proportion des classes dans lesquelles ont été notées des plaisanteries.....	68
Figure (1.3.2.1.3) 4	Répartition des plaisanteries par sexe.....	69
Figure (1.3.3.3) 1	Comparaison par le test d'homogénéité.....	108
Figure (2.1.1) 1	Le mécanisme du concept de "self efficacy".....	125
Figure (2.1.4) 1	Education pour la santé orientée selon les pathologies.....	137
Figure (2.1.4) 2	Education pour la santé orientée selon les facteurs de risque.....	138
Figure (2.1.4) 3	La participation dans le processus d'apprentissage de l'autonomie.....	140
Figure (2.2.1) 1	Chronologie des situations de stress.....	146
Figure (2.2.1.2) 1	Action préventive et relation acteurs-public.....	150
Figure (3.2.2) 1	Balance des déterminants de motivation.....	167
Figure (3.2.5.3) 1	Schéma de la relation de causalité.....	183
Figure (3.2.5.5) 1	Schéma simplifié de la communication.....	192
Figure (3.2.5.5) 2	Schéma plus élaboré du processus de communication.....	194
Figure (3.3.1.3.3) 1	Tableau lexical entier.....	207
Figure (3.3.1.3.3) 2	Relation entre la taille du vocabulaire et celle du corpus.....	208
Figure (3.3.1.4.1) 1	Profils colonnes supplémentaires.....	216
Figure (3.3.1.4.2) 1	Arbre hiérarchique.....	217
Figure (3.3.2.1) 1	La réponse résultant de l'interaction stimulus-individu.....	221

Figure (3.3.2.2) 1	Le schéma de dualité.....	224
Figure (3.3.2.4) 1	Le ciel et la terre, Agoramétrie 1989	227
Figure (3.3.2.4) 2	Les attitudes élémentaires	228
Figure (3.3.2.4) 3	Interprétation structuraliste de l'ACP	228
Figure (3.3.2.5) 1	ACP, enquête Hérault 1989.....	230
Figure (3.3.2.5) 2	Interprétation des axes factoriels de l'enquête Hérault 1989.....	231
Figure (3.3.2.5) 3	Le ciel et la terre après la greffe, enquête Hérault 1989.....	233

I - INTRODUCTION

En 1987, les études épidémiologiques avaient déjà mis clairement en évidence les modes de transmission du sida : la transmission par le sperme et les sécrétions vaginales lors d'un rapport sexuel, la transmission par le sang lors d'usage de seringues souillées chez les toxicomanes ou de la mère à l'enfant mis au mode ou encore lors des transfusions. En l'absence de traitement curatif d'une part, et de vaccin d'autre part, la prévention des comportements risqués apparaissait donc comme la seule réponse immédiate possible face à un mal qui emporte le plus souvent des adultes jeunes. Cette prévention a été envisagée de diverses manières.

Certains ont proposé et défendu des méthodes drastiques comme le dépistage systématique des personnes suspectes, la mise en quarantaine des séropositifs, ou au moins l'information systématique par un tiers du ou des partenaires sexuels.

A l'opposé, d'autres, soucieux de principes éthiques et du respect de l'individu malade, se sont fait les défenseurs de méthodes éducatives incitant à des comportements responsables¹. Dans cet esprit, de nombreuses interventions éducatives ont été réalisées dans tous les pays développés et dans différents milieux plus ou moins exposés : les homosexuels, les toxicomanes, les personnels soignants (infirmières, médecins, manipulateurs de produits sanguins), les jeunes en général.

Parmi les jeunes, les adolescents scolarisés ont souvent fait l'objet d'actions préventives. Peut-être parce qu'ils constituent des populations "captives", plus faciles à atteindre collectivement que des jeunes en apprentissage ou entrés dans la vie active. Mais cela ne peut être le seul argument, car même si ces jeunes ne sont pas spécifiquement exposés au virus du sida, la probabilité qu'ils soient en contact avec ce virus n'est pas négligeable. En effet, ils ont la plus part du temps des liaisons relativement courtes, souvent qualifiées de monopartenariats successifs, d'où la multiplication des contacts, donc des risques potentiels. Par ailleurs, ce sont les jeunes adultes de demain parmi lesquels se recruteront la majeure partie des cas à venir. Or

¹ Le mot "responsable" qui peut avoir au moins deux significations, est pris ici au sens de réfléchi, conséquent. Nous serons amenés plus loin à revenir sur ce mot ambivalent qui peut être lourd de connotation en éducation pour la santé.

ils sont à un moment de leur vie où, encore très ouverts et perméables à des modes de pensées et de comportement différents des leurs, ils peuvent être sensibilisés à des problèmes de prévention.

Les différentes expériences tentées chez ces adolescents scolarisés et dont nous avons eu alors connaissance, n'avaient pas été très concluantes. Aussi avons-nous considéré cette difficulté comme un défi à relever. Ce défi était d'autant plus intéressant que le sida peut être envisagé comme un archétype en santé publique. En effet, toutes les composantes d'un problème de santé sont présentes :

- l'aspect clinique,
- l'aspect épidémiologique,
- l'aspect économique : la prise en charge d'un malade du sida, l'obtention d'un sang transfusionnel de qualité etc ... coûtent très cher,
- l'aspect psychologique : le vécu difficile de la maladie, l'isolement des malades,
- l'aspect social : la résurgence des grandes peurs alimentant bien des fantasmes dans une population qui avait oublié ce qu'est une épidémie,
- l'aspect éthique : la réflexion sur les références de comportements à avoir vis-à-vis des malades, mais aussi l'interrogation quant à la déontologie de la recherche clinique prise entre la double nécessité de l'urgence et de la rigueur scientifique,
- l'aspect politique : la nécessité de faire des choix, les grands choix concernant la société, prenant en compte tous les aspects précédents, la conséquence de ces choix pouvant conduire par exemple à "l'affaire des transfusions" que nous connaissons.

Partant de ce caractère multidimensionnel de la maladie, la prévention ne concernait donc pas seulement la transmission du virus, mais aussi les risques de ségrégation (éthiquement critiquable et médicalement injustifiée) vis-à-vis des malades qui étaient alors soumis au risque d'isolement et de détresse psychique. A la prévention médicale, s'ajoutait la prévention psychologique et sociale.

Nous avons alors constitué une petite équipe avec deux autres collègues : R. BRES et A. ROUGE¹. Très vite cette équipe s'est enrichie d'autres personnes et en particulier de J.-M.

¹ Robert BRES est médecin psychiatre au CHR de Montpellier. Il s'occupe plus particulièrement de la prise en charge thérapeutique des toxicomanes et à ce titre se trouve confronté à des cas de séropositivité.

GUILLAUME qui a apporté une compétence d'animateur socio-culturel familier des techniques de dynamique de groupe et de l'utilisation de l'outil audiovisuel.

Nous avons essayé d'élaborer un projet d'éducation pour la santé adapté aux adolescents et dépassant le simple cadre de l'information. Les comptes rendus des actions que nous connaissions montraient en effet que, déjà en 1987, les jeunes étaient bien informés, mais en fait se sentaient assez peu concernés par le sida. Il nous fallait donc mettre en œuvre une pédagogie active reposant sur la participation et l'implication de ces jeunes afin de les amener à s'interroger, à débattre.

Aidés par la compétence, l'habileté de nos collègues et par une expérience personnelle de plus de dix ans d'enseignement en lycées et collèges, nous avons conçu et mis en œuvre cette action éducative, en nous inspirant tout à la fois de K. LEWIN, de J.-L. BEAUVOIS et R.-V. JOULE et d'autres auteurs encore.

Nous venions juste à l'époque de terminer un Diplôme d'Etudes Approfondies en statistique et santé, notre mémoire ayant porté sur un aspect particulier de la méthodologie des essais thérapeutiques. C'est donc pétri dans le moule du modèle expérimental que nous avons conçu l'évaluation de notre projet avec un questionnaire à questions fermées, testé au cours d'une pré-enquête, puis appliqué une première fois avant l'action et une deuxième fois après. Nous avons même envisagé un appariement des questionnaires avant-après de chaque élève interrogé afin d'augmenter la puissance des tests.

Afin d'éviter tout blocage d'ordre administratif ou politique, mais aussi pour élargir notre point de vue, nous avons pris la peine de faire valider le questionnaire par l'administration du rectorat et par les associations de parents d'élèves que nous avons invitées à participer à sa rédaction. Cependant, très vite, après la première enquête en avril 1988 et pendant le déroulement du projet, nous avons constaté que notre questionnaire était tout à fait adapté à l'évaluation d'actions traditionnelles fondées essentiellement sur l'information et l'acquisition de

Alain ROUGE est sociologue et directeur du Comité Départemental d'Education pour la Santé de Lozère et s'intéresse surtout aux problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les jeunes.

Tous les deux travaillent ensemble depuis près de dix ans avec le Rectorat de Montpellier à la formation d'adultes relais dans les lycées pour la prise en charge des problèmes de toxicomanie.

connaissances, mais qu'il risquait de ne pas pouvoir prendre en compte une dynamique d'interrogation des adolescents, volontairement non totalement contrôlée, replaçant le sida dans un réseau d'interrelations avec d'autres problèmes de sociétés ou d'autres problèmes spécifiques à l'adolescence. L'observation directe nous indiquait qu'il "se passait des choses" et notre outil n'était pas capable de les mettre en évidence.

Il nous fallait concevoir un abord plus global de l'objet.

L'approche multifactorielle nous a dès lors paru (un peu tard certes) le moyen d'apprécier, d'évaluer la situation dans sa globalité. Le professeur Y. ESCOUFIER nous a alors conseillé de prendre contact avec J.-P. PAGES qui avait développé un système d'analyse factorielle des structures de l'opinion répondant à une théorie sociologique de la gestion des risques. C'est donc avec J.-P. PAGES que nous avons élaboré le deuxième questionnaire sur une base du premier, en se débarrassant des questions qui semblaient ne rien apporter par rapport à ce qui était déjà connu.

A l'issue de la deuxième enquête qui a été réalisée en mai 1989, nous avons pris pleinement conscience du fait que le mode d'évaluation à choisir était totalement dépendant du modèle éducatif adopté. Mais un premier examen rapide de la littérature nous a permis de constater que très peu d'auteurs envisageaient une évaluation en éducation pour la santé autrement que selon le modèle expérimental ou quasi expérimental (mises à part les approches qualitatives). De plus l'étude des modèles en éducation pour la santé étaient quasiment inexistantes dans la littérature francophone. Il nous a donc paru intéressant et utile de faire une recherche des différents modèles éducatifs disponibles ainsi que des approches évaluatives qui pouvaient y correspondre. C'est ce que nous avons entrepris depuis le début de l'année 1990.

Un de nos principaux soucis était de trouver des modes d'évaluation qui, tout en permettant une comparaison avant-après, soient suffisamment souples pour s'adapter à des projets qui d'une part abordent des terrains peu connus et d'autre part laissent beaucoup d'initiatives à des "sujets cibles" devenus acteurs. Les objectifs à atteindre (les objectifs intermédiaires définis par le modèle éducatif utilisé) sont alors difficiles à préciser a priori et même susceptibles de changer au cours du programme. Les questionnaires à questions fermées habituels, ceux en particulier construits autour d'échelles telles les échelles d'attitudes, nécessitent en effet de pouvoir définir à l'avance les types d'attitudes que pourront adopter les personnes concernées par l'action

éducative, ce qui n'est pas toujours possible. Les nouvelles attitudes observées peuvent être inattendues, imprévisibles.

L'approche factorielle proposée par J.-P. PAGES offrait un début de réponse à notre recherche, en ne s'intéressant pas uniquement au problème de santé soulevé, mais aussi à tout ce qu'exprime l'individu et qui est susceptible d'interagir avec sa prise de position quant au problème. Les questions du questionnaire, dans ce cas, bien que fermées, ne sont pas orientées vers un ou plusieurs types d'attitudes mais constituent un "échantillon aléatoire" de tous les thèmes de conflit possibles sur lesquels le sujet peut s'exprimer et prendre position.

Plus tard, les questions ouvertes et les corpus issus d'entretiens (semi directifs ou non) nous ont paru eux aussi offrir la souplesse nécessaire pour s'adapter à l'évaluation d'"objectifs mobiles". Mais l'analyse et l'interprétation de ces types de données soulèvent un certain nombre de difficultés car l'une et l'autre peuvent être très fluctuantes selon la personne qui les réalise. Il nous fallait trouver un processus codifié, automatisé, d'analyse des corpus. Nous pensons l'avoir trouvé dans la linguistique et plus particulièrement dans la lexicométrie et l'analyse factorielle de données textuelles. Cette approche que nous avons commencé à expérimenter sur un corpus issu d'une conférence sur l'éducation pour la santé réunissant des experts et des adolescents, n'a pas pu être appliquée à l'évaluation de notre projet puisque qu'envisagée bien après, mais les premiers résultats obtenus ne manquent pas d'intérêt.

L'exposé qui suit présente notre projet éducatif, sa mise en œuvre, son évaluation et la réflexion plus fondamentale qu'il a suscitée.

Certains éléments de cette réflexion de fond étaient déjà présents dans la conception du projet comme par exemple la théorie de l'engagement (sans toutefois que nous partagions totalement les points de vue de J.-L. BEAUVOIS et R.-V. JOULE) ou l'approche participative communautaire. Notre réflexion sur l'approche factorielle de la gestion des risques est intervenue plus tard entre les deux enquêtes. Enfin, le reste de notre travail de recherche (et non le moindre) est survenu après la réalisation du projet éducatif, en réponse aux questions et difficultés soulevées par ce dernier.

Aussi nous avons choisi de décrire en premier lieu les différentes étapes du projet : conception, mise en œuvre et évaluation, pour présenter ensuite les résultats de notre travail plus général et

théorique sur les modèles éducatifs et les approches évaluatives.

Ce choix peut paraître arbitraire dans la mesure où action et réflexion se sont chevauchées dans le temps, interagissant l'une sur l'autre. Il présente cependant deux avantages. D'abord il évite toute ambiguïté pour le lecteur qui après un exposé général pourrait s'attendre à en voir l'application point par point dans l'action décrite, ce qui n'est pas le cas. Ensuite, venant après la description d'une expérience somme toute classique (tout au moins en ce qui concerne l'évaluation), un exposé plus général permet une prise de recul et l'ouverture de champs nouveaux d'investigation.

1. UN PROJET EDUCATIF A PROPOS DU SIDA

En 1987, nous avons élaboré un projet d'éducation pour la santé à propos du sida et s'adressant à des lycéens. Ce projet a pu être mis en œuvre grâce à des subventions de l'INSERM (contrat de recherche externe n° 888021), du Conseil Régional Languedoc Roussillon et du Conseil Général de l'Hérault. Les questions qui ont surgi pendant les différentes phases du programme et pour lesquelles il ne semblait pas y avoir de réponses satisfaisantes, ont conduit notre équipe de recherche à organiser, avec le concours de l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS), une conférence d'experts en juin-juillet 1989 pour tenter de trouver des solutions. Nous avons décrit ailleurs l'organisation de cette conférence [88] et ce qu'elle a produit [37].

Nous voulons présenter ci-dessus ce projet et les évaluations qui l'ont accompagné.

1.1. Présentation du projet

Avant d'élaborer notre projet, nous avons recensé et analysé six actions menées en France [90] et quatre grandes études étrangères [26, 44, 72, 122].

Comme A.M. BRANDT [20], nous avons pu constater que bon nombre des actions d'éducation pour la santé sont restées sans effet, ou presque. Les échecs sont parfois dus au fait que les objectifs sont mal définis, non pertinents ; l'objectif contributif éclipsant parfois l'objectif final. Les actions d'éducation pour la santé se fondent le plus souvent sur l'information. Or L.K. BROWN [26] constate que si les connaissances sur le sida et les attitudes semblent corrélées, cette relation n'est ni claire ni franche. Les évaluations des actions citées ci-dessus montraient déjà que 80 à 95 % des adolescents connaissaient les modes de transmission du sida. Mais ceux-ci ne se sentaient pas concernés par l'endémie. Il était alors évident que toute modification des comportements devait obligatoirement passer par une modification de la perception de la maladie. Nous avons donc élaboré un programme dans ce sens. Nous décrivons ci-dessous les grandes lignes de ce programme, telles qu'elles avaient été définies avant la mise en œuvre de celui-ci. Le protocole d'évaluation est présenté plus loin.

1.1.1. Schéma de la stratégie

La stratégie s'adressait aux élèves des lycées (seconde, première et terminale) et des lycées professionnels. Elle consistait à mettre en place dans l'établissement scolaire, un atelier vidéo (prise de vue, mise en scène, montage) ouvert à tous les adolescents de l'établissement qui désiraient s'y inscrire. L'atelier devait fournir aux élèves l'opportunité de manipuler du matériel vidéo et de construire des clips. Il devait être encadré par des adultes volontaires du lycée ayant reçu une formation aux techniques vidéo et de communication. L'atelier avait donc les caractéristiques d'un club scolaire, lieu privilégié de rencontre entre adolescents et adultes. L'atelier n'était pas spécifié, il ne portait pas l'étiquette sida. Simplement un concours de clips était proposé pour le mois de mars 1989 et le thème du concours 89 était le sida. Cela devait permettre d'une part d'éviter au moins partiellement que l'atelier ait à supporter le contenu affectif très lourd que véhicule le sida, ce qui pouvait rebuter les élèves, d'autre part de laisser l'atelier ouvert sur bien d'autres perspectives, au gré des adolescents et des adultes du lycée. Bien que le contenu du clip ait eu une certaine importance, ce sur quoi nous comptons le plus cependant, c'était la dynamique qui devait se dégager au sein du groupe adolescent œuvrant dans l'atelier vidéo, du fait de l'implication de certains d'entre eux dans la réalisation du clip. Cette dynamique devait pouvoir être provoquée par le jeu des interrelations entre :

- le groupe de tous les adolescents du lycée contenant le sous-groupe participant à l'atelier,
- le groupe des adultes relais¹,
- le groupe d'encadrement de l'atelier,
- l'animateur,
- l'équipe de recherche,
- le groupe des experts.

Nous faisons alors deux remarques importantes :

* Le travail entrepris était purement **expérimental**. Il s'agissait de :

- concevoir, mettre en œuvre et évaluer une nouvelle approche éducative. Optant pour un modèle expérimental, nous avons décidé de ne mettre en place l'action que dans

¹ Le concept de relais sera évoqué au § 2.2.1 à propos de la possibilité de toucher préférentiellement certains sujets. Le sous-groupe des adolescents participant aux ateliers a un rôle relais. L'expression "adulte relais" renvoie à un concept plus restreint qui sera précisé dans le § 1.1.3.2.

certains établissements tirés au sort dans le département de l'Hérault, les autres étant retenus comme établissement témoin.

* Une telle stratégie, si elle s'avérait efficace devait pouvoir être généralisée. Aussi était-il indispensable qu'elle utilise au maximum les moyens humains et matériels disponibles (ou devant l'être dans un avenir proche) au sein des établissements scolaires. Il ne fallait donc pas que son fonctionnement (hormis l'évaluation) nécessite une implication importante de personnes extérieures, d'autant plus que l'un des buts recherchés était l'instauration d'une dynamique propre à l'établissement.

Rapidement les ateliers ne devraient plus être "tenus à bout de bras". Ils devaient pouvoir fonctionner seuls, animés par les adultes volontaires des lycées.

1.1.2. Choix de la vidéo

Plusieurs outils étaient disponibles pour capter l'intérêt de l'adolescent : la vidéo, le minitel, l'informatique appliquée aux jeux de rôle ou à l'enseignement assisté par ordinateur, etc...

Signalons par exemple l'expérience conduite à l'époque par B. LAUMON et l'Unité INSERM N° 265 de Lyon [76]. Cette expérience consistait à faire créer par des élèves de lycée une banque de données accessible par minitel. Certains élèves assumaient la partie technique, les autres jouaient le rôle de reporter, et recherchaient auprès de spécialistes des réponses aux questions qu'ils se posaient. Signalons aussi la campagne SIDA STOP mise en place par D. JAYLE en Ile de France et évaluée par W. DAB [102].

Notre choix de l'atelier vidéo a été déterminé par les critères ci-dessous :

- La vidéo offre une grande diversité d'activités où chaque adolescent peut trouver sa place et son propre intérêt :
 - . activité technique : prise de vue, mise en scène, montage...
 - . activité créatrice et d'expression : scénarios, reportages, jeux d'acteurs.
- Le langage vidéo propose des effets de discours qui s'enrichissent, se complètent par les images, le montage, le jeu... Ce qui permet de jouer sur des formes d'expressions variées : il y a ce qui se dit, se suggère, se montre, se simule ou se dissimule. Les effets de forme permettant de dire sans être totalement déterminé par ce que l'on dit, correspondent aux modes d'expression propres à l'adolescent.

- L'intérêt de la vidéo réside enfin dans la relative non spécificité de ce mode de communication. C'est un vecteur utilisable pour tout autre sorte de discours.
- La projection du clip vidéo aux autres camarades du lycée est une ouverture au débat :

- * Le clip peut être discuté, contesté, enrichi ; il peut être interrompu, repris, décortiqué. Il a le rôle de "starter" constaté au cours d'expériences antérieures.

Il fonctionne comme source d'informations, mais surtout comme médiation pour parler de soi : se parler de soi à soi-même (découvrant question et réponse que l'adolescent n'avait pas encore osé poser ou tenter de se dire) ; parler de soi aux autres adolescents, ou parler d'eux ; parler des adolescents aux adultes et aussi parler des adultes aux adolescents et à soi-même, comme parler des adultes aux adultes.

Le clip permet d'expérimenter divers modes de communication et de vérifier après coup, les effets du langage, les contre-sens, les lapsus auditifs.

- * La projection de ce clip réalisé par des adolescents et des adultes de l'établissement, présents dans la salle, permet de poursuivre au delà de la séance même, le débat autour du contenu du clip. L'intimité de ce "questionnement" en commun ouvre le champ à une forme d'interactivité en suggérant d'autres scénarios possibles, d'autres questions et d'autres réponses. L'adolescent interrogera plus facilement, à propos de ce qui en fait pose question pour lui, un autre adolescent ou un adulte, témoins de cette expérience commune de "questionnement".

Ainsi les adultes relais sont mis en évidence de façon naturelle et les adolescents peuvent les repérer facilement. Le héros n'est plus un personnage de télévision ou de cinéma, un savant appartenant à un réel lointain. C'est le camarade qui devient héros, héros familial, héros accessible, leader d'opinion potentiel ou effectif.

- L'Education Nationale envisage de doter tous les établissements scolaires de matériel vidéo (magnétoscopes mais aussi caméras ou camescopes). Déjà bon nombre des lycées sont équipés, les autres le seront dans un avenir proche. Par ailleurs, une formation des enseignants à la vidéo est entreprise avec la participation des Centres Régionaux de Documentation Pédagogique. Cette situation satisfait tout à fait le critère de faisabilité et de généralisation de la stratégie évoquée plus haut, de plus elle permet d'espérer une relative homogénéité de la stratégie d'un établissement à l'autre.

Le choix du clip vidéo correspondait à une volonté d'induire une dynamique de communication, d'échanges, d'effets de groupe. «La parole doit circuler au risque de se perdre».

Trop souvent, la communication proposée aux adolescents se réduit à une connexion avec un ensemble de données d'information (type bibliothèques ou banque de données). L'adolescent consomme de l'information, plutôt que d'entretenir un questionnement. Il se contente de vérifier que le connecteur fonctionne. Il ne communique pas, il se branche sur la machine. Ce simulacre de communication lui permet de donner le change, mais il n'a plus la parole.

1.1.3. Les acteurs en présence

1.1.3.1. Le groupe des adolescents du lycée et le sous groupe des participants aux ateliers

C'était le groupe cible de notre stratégie et nous avons déjà tenté d'expliquer comment il fonctionne [89]. Nous avons aussi signalé le rôle clef des meneurs.

On pouvait s'attendre d'une manière quasi certaine à ce que parmi les adolescents qui devaient s'inscrire aux ateliers et y rester, certains fassent partie de ce que nous avons appelé "solidarité adolescente" [89] et constituaient le "ferment" du groupe adolescent dans son ensemble. Il s'agissait des adolescents qui avaient le plus facilement un contact avec les adultes et qui en même temps bénéficiaient dans le groupe d'une audience supérieure à la moyenne. Ce phénomène en effet avait pu être observé dans le cadre d'études du niveau d'information sur les toxicomanies chez l'adolescent [115].

1.1.3.2. Le groupe des adultes relais

L'idée d'adulte relais a été empruntée par l'Education Nationale française à l'expérience suisse de médiateurs scolaires [75, 92]. Le principe consiste à former des adultes appartenant déjà à l'établissement scolaire, pour les aider à comprendre et à aborder les adolescents. Pour A. ROUGE et R. BRES [116], l'adulte relais est :

«Un interlocuteur naturel des adolescents, en relation avec eux de manière banale et dans des lieux non spécifiés par rapport aux problèmes en cause (hier la toxicomanie et le tabac, aujourd'hui le sida pour ce qui est des problèmes ; les lycées, les foyers ou maisons de jeunes

pour ce qui est des lieux).

Un adulte qui s'assume en tant que tel et prend le temps de s'informer sur ce qu'est l'adolescent aujourd'hui...

Un adulte en mesure de mieux entendre et de mieux décoder les signes souvent complexes et contradictoires que les adolescents montrent.

Un adulte qui est en relation avec les autres adultes pour les aider à évaluer et à comprendre des situations qui les inquiètent ou les angoissent...».

Ce n'est pas un spécialiste du sida, ce n'est pas un "Monsieur Problème X", ce n'est donc pas obligatoirement le professeur de sciences naturelles ou le médecin de santé scolaire. L'adulte relais est celui qui sait entendre ce qui "s'inter-dit", et prendre en compte de façon adaptée le dit et le non-dit.

Depuis plusieurs années, le Rectorat de Montpellier avait entrepris de former des adultes relais dans les lycées. Ceux-ci devaient donc être associés au projet.

1.1.3.3. Le groupe d'encadrement des ateliers

Ce groupe d'encadrement devait être constitué d'adultes volontaires de l'établissement scolaire.

Ces adultes devaient avoir des connaissances :

- en techniques audiovisuelles pour aider les adolescents à manipuler les appareils,
- en techniques de communication pour aider les adolescents à exploiter au mieux les possibilités d'expression de l'outil audiovisuel.

Bien qu'un programme de formation ait été prévu par l'Education Nationale, il était encore relativement rare que les adultes des lycées possèdent ces connaissances. Un stage de deux jours que nous présentons plus loin devait donc être organisé.

Nous avons penser qu'il était préférable qu'en symbiose avec les adolescents, ces adultes s'impliquent dans une démarche de recherche auprès des experts, avec l'aide de la bibliographie mise à leur disposition. C'était l'occasion pour l'adolescent d'apprendre avec l'adulte à s'interroger, à chercher des réponses. C'était l'occasion aussi de réaliser que l'adulte n'est pas l'être inaccessible, étouffant d'omniscience qu'il faut renverser pour mûrir.

Nous avons prévu que pour des raisons de motivation et d'intérêt personnel par rapport aux adolescents, il puisse arriver que des adultes soient simultanément adultes relais et membres du groupe d'encadrement. Nous appelons ici adultes relais ceux qui avaient été préalablement

formés comme tels par le Rectorat. Mais il est évident que les adultes d'encadrement étaient appelés aussi ce même rôle médiateur.

Les adolescents passent la plus grande partie de leur temps scolaire avec les enseignants. Ces derniers ont donc un rôle important à jouer. Mais l'opportunité de mieux connaître les élèves n'est pas le seul critère pour le choix d'un médiateur scolaire. L'intérêt porté aux adolescents, à leurs problèmes, la disponibilité sont tout aussi importants. Dans la pratique, nous avons pu observer que le groupe d'adultes relais et les équipes d'encadrement se recoupaient parfois et réunissaient des enseignants de disciplines très différentes, mais aussi des médecins de santé scolaire, des infirmières, des conseillers d'éducation, des assistantes sociales, des documentalistes ou même des proviseurs qui se sont impliqués personnellement.

1.1.3.4. L'animateur

Un animateur devait participer au travail de conception du groupe de recherche et partager ses activités, mais il avait en plus un double rôle tout à fait spécifique :

- assurer le lien entre le groupe de recherche et les établissements scolaires,
- assurer sur le terrain la préparation, la mise en œuvre et le fonctionnement de la stratégie en offrant aux membres des ateliers une assistance technique indispensable.

Il devait pour cela réunir un certain nombre de qualités et compétences :

- Il devait avoir le sens des relations humaines et de la communication afin de pouvoir expliquer aux proviseurs et aux équipes d'encadrement d'ateliers, les fondements des actions de préventions et savoir susciter leur participation et si possible, leur enthousiasme.
- Il devait avoir des compétences en organisation et planification d'action afin de pouvoir mettre sur pied la formation des groupes d'encadrement et par la suite lancer les ateliers.
- Il devait maîtriser l'outil audiovisuel et avoir des compétences en technique de communication.
- Il devait avoir les compétences minimum en psychosociologie et en sociologie lui permettant d'animer les groupes d'adolescents tout en sachant gérer les phénomènes de groupes naissants.

- Enfin, il devait savoir observer et décrire les réactions des groupes d'adolescents et d'adultes participant aux ateliers.

Nous avons choisi pour cette tâche un animateur socio-culturel diplômé (DEFA) que nous avons employé à plein temps.

1.1.3.5. Le groupe de recherche

Le groupe de recherche concepteur et promoteur de ce projet était constitué de personnes aux compétences diverses et complémentaires : un médecin biostatisticien et épidémiologiste coordinateur du projet, deux psychiatres, un pédiatre, un sociologue, un médecin de santé scolaire. Le groupe de recherche n'avait pas directement de rôle informateur, mais il devait s'efforcer de faciliter l'accès à l'information en organisant à la demande des rendez-vous avec les experts, en mettant à disposition une bibliothèque et cassetothèque spécifique. Ce groupe devait rester extérieur au projet comme observateur.

1.1.3.6. Le groupe des experts

Des experts pouvaient être contactés et nous avaient assuré de leur concours. Leur rôle était de donner aux adolescents des réponses à leurs questions qui soient claires, précises et fiables. Les experts retenus étaient des universitaires, des hospitaliers, des chercheurs, mais aussi des membres d'organismes ou d'associations confrontés au sida (par exemple l'association AIDES, le Centre de Transfusion Sanguine, le centre de dépistage du sida et des maladies sexuellement transmissibles), des responsables d'administrations (Rectorat, Sécurité Sociale, Direction Générale de la Santé, Ministères de la Santé et de l'Education Nationale).

1.1.4. Déroulement de la stratégie et interrelations attendues entre groupes d'acteurs

La stratégie devait être rythmée par trois phases principales : la mise en place des moyens, la construction du clip puis la restitution du clip à l'ensemble du groupe adolescent.

1.1.4.1. La mise en place des moyens

1.1.4.1.1. Mise en place des moyens humains

Cette mise en place des moyens humains comportaient plusieurs points :

- la participation du Rectorat,
- la sensibilisation des chefs d'établissement, qui devaient être des partenaires parfaitement informés du déroulement de la stratégie,
- le recensement des adultes des lycées, intéressés par une participation à cette action, et la constitution d'équipes d'encadrement,
- l'évaluation pour ces équipes des besoins en formation
 - . en techniques audiovisuelles
 - . en techniques de communication
- la recherche de partenaires pour l'organisation de stages devant répondre à ces besoins.

Le Centre Régional de Documentation Pédagogique et la Mission Académique de Montpellier pouvait nous aider à organiser un stage de formation en techniques audiovisuelles. Ce stage s'est tenu les 6 et 8 octobre 1988 et a accueilli 18 adultes : 9 professeurs (2 Vie sociale et familiale, 1 EPS, 1 Mathématiques, 1 Lettres, 1 Economie, 1 Philosophie, 1 Biologie, 1 Technologie), 4 conseillers d'éducation et conseillers principaux d'éducation, 2 surveillants, 2 infirmières, 1 assistante sociale. Nous pouvons constater la diversité des personnes impliquées.

1.1.4.1.2. Mise en place des moyens matériels

Matériel Vidéo

Un inventaire du matériel disponible dans les lycées a été fait et il restait à chercher, avec les chefs d'établissement et d'autres partenaires, les solutions permettant de pallier certains manques.

La Fédération des Oeuvres Laïques de l'Hérault a mis ses installations vidéo à notre disposition pour les montages.

Le groupe de recherche a fait l'acquisition de matériel vidéo (2 caméscopes, 1 magnétoscope,

1 correcteur d'effet vidéo, 2 torches, 1 pied, 1 micro ...) sur des budgets de recherche accordés par l'INSERM et le Conseil Régional du Languedoc Roussillon. Ce matériel fut mis à la disposition des établissements encore non équipés.

Documents d'information

Avec le concours de l'association AIDES, nous avons établi une bibliographie de langue française sur le sida, la plus complète possible. Nous avons fait un tri pour ne retenir que les documents susceptibles d'intéresser les adolescents. Tous les livres, revues, bandes dessinées ont été achetés, certains en plusieurs exemplaires, et mis à la disposition des ateliers.

De la même façon, nous avons acquis les films vidéo sur le sujet disponibles en France, et recensé les films à projeter et le lieu où ils pouvaient être visionnés.

Pour faciliter l'accès à ces informations et leur utilisation, l'animateur a constitué un "Cahier technique" de plus de soixante dix pages comportant :

- Une introduction au problème du sida avec des coupures de journaux, revues, bandes dessinées.
- La bibliographie et la filmographie disponibles avec un résumé présentant chaque ouvrage et film.
- La liste de tous les experts disposés à recevoir les élèves ou à répondre à leur invitation.
- Des fiches techniques vidéo.

Chaque atelier disposait d'au moins un exemplaire de ce dossier.

1.1.4.1.3. Mise en place des ateliers

La "phase d'appel" devait être identifiée par les adolescents comme provenant d'un adulte relais ou de l'équipe d'encadrement et non d'un spécialiste.

Une affiche annonçant l'atelier vidéo et recherchant le concours d'amateurs journalistes, comédiens et metteurs en scène avait été réalisée selon une idée proposée par les élèves d'une classe d'art plastique.

Cette affiche annonçait le thème du concours de clip 1989 (le sida) et indiquait la personne du lycée à contacter.

1.1.4.2. Réalisation du document

Elle devait aboutir à la réalisation d'un clip vidéo de 5 à 10 minutes devant être prêt pour février 1989. Le choix du montage revenait aux adolescents, mais la réalisation technique devait être étroitement assistée par le groupe d'encadrement et l'animateur.

1.1.4.3. Restitution à l'ensemble du groupe

Elle devait se faire en deux étapes :

* Au niveau intra-établissement

La présentation des clips sous forme de conférences-débats au sein des établissements devait avoir lieu dès février 1989.

Ces manifestations devaient être répétées, avec le plus grand nombre de participants et en petits groupes. Elles devaient rassembler les adultes relais, dont le rôle a été précisé, les adultes et les adolescents des ateliers. Des experts pouvaient être invités par les adolescents pour répondre aux questions qui pourraient surgir.

C'était les moments privilégiés pour permettre la diffusion à l'ensemble des adolescents de l'établissement, de la dynamique qui devait apparaître au sein des ateliers.

Le groupe de recherche et les équipes d'encadrement avaient alors à étudier les modalités d'une participation active des parents d'élèves à ces manifestations. En effet, l'éducation en matière de santé se fait autant des enfants vers les parents que l'inverse, les deux groupes devant évoluer ensemble.

* Au niveau inter-établissement

Il était prévu que dès le mois de mars 1989, ces manifestations puissent réunir plusieurs lycées impliqués par le projet (à l'exclusion des autres pour ne pas créer de "bruit" lors de l'évaluation devant survenir en mai ou juin 1989). Cela devant permettre la confrontation d'idées et une stimulation des équipes.

* Le concours

Nous avons vu plus haut que son rôle premier était de fixer un thème de réflexion sans étiqueter les ateliers vidéo. Il joue aussi un rôle stimulant, bien qu'a posteriori, cela ne nous a pas semblé indispensable.

Les modalités du concours (nature et nombre de prix, jury) devaient être discutées par toutes les personnes concernées : groupe de recherche, équipes (adultes et adolescents) des ateliers.

1.1.5. Perspectives de l'évaluation

Comme nous l'avons déjà dit, le but de cette stratégie d'intervention éducative était, non pas seulement de faire savoir, mais surtout de modifier les représentations afin de rendre possible des attitudes et des comportements individuels et collectifs adaptés au contexte de l'épidémie de sida.

Il était important de savoir si une telle stratégie pouvait atteindre les objectifs fixés et dans quelle mesure. Il fallait donc envisager de l'évaluer en comparant les élèves des lycées faisant l'objet de l'intervention aux élèves des lycées témoins, et cela en interrogeant les uns et les autres avant et après la stratégie.

L'évaluation a été conçue selon les règles du modèle expérimental.

Le programme n'a concerné que les établissements de l'enseignement public dépendant de l'Education Nationale. Ceci excluait les établissements privés et ceux du domaine public dépendant des ministères de l'agriculture ou de la mer.

Sur les 14 lycées d'enseignement long (classique ou technique), 7 ont été tirés au sort pour bénéficiaire de l'action. Ils sont précisés en gras et soulignés dans la colonne centrale du tableau (1.1.5) 1 ci-dessous. La colonne de droite indique le nombre d'élèves de chacun de ces établissements. Les effectifs sont en gras si le lycée est retenu comme établissement expérimental. La colonne de gauche regroupe les lycées par districts (5 districts dans le département) et mentionne le nombre d'élèves du district bénéficiant de l'action (en gras) par rapport au nombre total de lycéens (enseignement long) du district.

Tableau (1.1.5) 1
Etablissements d'enseignement long tirés au sort pour l'action

DISTRICTS (et effectifs)	LYCEES (en gras lycées tirés au sort)	EFFECTIFS
LUNEL (0/1055)	Lycée Louis FEUILLADE (Lunel)	1055
MONTPELLIER (4662/8121)	Lycée JOFFRE	1929
	Lycée G. CLEMENCEAU	1530
	Lycée MAS DE TESSE	2049
	Lycée J. MERMOZ	2613
SETE (750/1285)	Lycée Paul VALERY (Sète)	535
	Lycée JOLIOT CURIE (Sète)	750
PEZENAS (458/986)	Lycée A. LOUBATIERES (Agde)	295
	Lycée R. GOSSE (Clermont l'Hérault)	434
	Lycée J. VALLOT (Lodève)	163
	Lycée J. MOULIN (Pézenas)	34
BEZIERS (716/3201)	Lycée F. FABRE (Bédarieux)	177
	Lycée HENRI IV (Béziers)	539
	Lycée J. MOULIN (Béziers)	2485
TOTAL (6586/14648)		

Les lycées Louis Feuillade de Lunel, Mas de Tesse, Jean Mermoz de Montpellier, Joliot Curie de Sète, Auguste Loubatières d'Agde, Joseph Vallot de Lodève comportent dans la même enceinte une section d'enseignement professionnel. Or la conception du programme ne permettait pas d'isoler les deux composantes (longue et professionnelle) de ces lycées et de ne faire bénéficier de l'action que l'une d'elle. Il a donc été convenu que si le lycée d'enseignement long était tiré au sort, le lycée professionnel associé l'était aussi et vice versa si le lycée d'enseignement long n'était pas retenu. Ainsi la section professionnelle du lycée Louis Feuillade de Lunel ne pouvait pas être retenue alors que celle des cinq autres lycées cités ci-dessus l'était d'office.

Sur les 16 lycées professionnels de l'Hérault, il fallait en retenir 8 (la moitié). Cinq étant retenus d'office, un éliminé, il restait à tirer au sort trois établissements parmi 10. Ce furent les lycées professionnels Georges Clemenceau (totalement indépendant et distinct du lycée classique du

même nom), Marguerite Audoux de Montpellier et le lycée professionnel Ferdinand de Lesseps à Béziers.

Ces lycées et les effectifs correspondants sont présentés dans le tableau (1.1.5) 2. Ce tableau répond aux mêmes conventions d'écriture que le tableau (1.1.5) 1.

Tableau (1.1.5) 2

Etablissements professionnels tirés au sort pour l'action

DISTRICTS (et effectifs)	LYCEES (en gras lycées tirés au sort)	EFFECTIFS
LUNEL (0/136)	Lycée Louis FEUILLADE (Lunel)	136
MONTPELLIER (1949/2836)	Lycée MAS DE TESSE	293
	Lycée professionnel G. CLEMENCEAU	514
	Lycée professionnel M. AUDOUX	324
	Lycée professionnel LA COLLINE	502
	Lycée J. MERMOZ	818
SETE (616/883)	Lycée professionnel SAINT CLAIR (Sète)	267
	Lycée JOLIOT CURIE (Sète)	616
PEZENAS (198/582)	Lycée A. LOUBATIERES (Agde)	67
	Lycée J. VALLOT (Lodève)	131
	Lycée professionnel de PEZENAS (Pézenas)	384
BEZIERS (716/3201)	Lycée professionnel de Bédarieux (Bédarieux)	325
	Lycée professionnel F. de LESSEPS (Béziers)	435
	Lycée professionnel J. MOULIN (Béziers)	1176
	Lycée professionnel de SAINT PONS (St. Pons)	277
TOTAL (3198/6650)		

Au terme de cette présentation du projet, il importe de préciser que le protocole d'action que nous venons de décrire n'était pas envisagé comme un produit fini et figé à utiliser selon une méthode stricte. Au contraire, nous avons proposé une **stratégie "participative"** faisant appel à l'initiative des adultes et des adolescents du lycée. En ce sens, elle répond tout à fait à une **approche communautaire**. Cette expérience se distingue de celles que nous connaissons en ceci que **ce n'était pas le clip (ou tout autre produit) qui devait contenir le message préventif mais c'était la stratégie de production de clip qui était elle-même éducative et préventive**. En effet, elle avait pour but de créer une dynamique devant susciter un débat au sein de l'équipe de l'atelier

puis dans tout l'établissement.

Enfin, une règle nous a paru fondamentale lors de toute intervention dans un établissement scolaire (comme dans tout autre institution) :

l'éducation pour la santé à l'école doit être **voulue, conçue et réalisée** par des personnes de l'établissement.

"Voulue" parce qu'on ne fait vraiment bien que ce qu'on a soi-même décidé de faire. **"Conçue"** et **"réalisée"** dans l'établissement parce que trop d'intervenants extérieurs s'imaginent, en toute bonne foi mais à tort, connaître le terrain sur lequel ils souhaitent agir. Le rôle des intervenants extérieurs doit être certes d'aider à une prise de conscience de certains problèmes, mais aussi et surtout de répondre aux demandes exprimées et d'aider à la mise en place d'actions :

- en signalant les grands problèmes de santé publique et les priorités en matière d'éducation pour la santé pour permettre des choix pertinents,
- en apportant des éléments de réflexion psychologique et sociale pour une meilleure compréhension des adolescents,
- en offrant des éléments de méthodologie d'action d'éducation pour la santé ainsi que des connaissances techniques pour la manipulation de certains outils,
- en facilitant l'accès à l'information.

Dans les § 1.2 et 1.3, nous présentons l'évaluation du projet. Nous distinguons **l'évaluation de processus** qui est une observation du déroulement de l'action, de **l'évaluation des effets** qui est comparative et qui essaye de mettre en évidence le rôle propre de l'action. Comme c'est le plus souvent le cas, la première est qualitative et la seconde plutôt quantitative. Mais nous verrons que cette distinction ne doit pas faire croire à une indépendance de ces deux formes, ni à une plus grande "noblesse" de la seconde par rapport à la première. En fait, ces deux approches évaluatives se complètent dans l'information qu'elles fournissent, dans l'analyse et l'interprétation des faits qu'elles permettent.

1.2. Evaluation de processus

Tout au long du programme, il a été demandé aux adultes encadrant les ateliers d'une part et à l'animateur d'autre part de rédiger des rapports réguliers décrivant au niveau de chaque établissement le déroulement du programme. L'évaluation de processus ci-dessous est issue de la synthèse de ces rapports.

1.2.1. La mise en place des moyens humains

Le déroulement du programme n'a pu être assuré qu'avec le concours et l'implication des établissements concernés. Celui-ci s'est inscrit dans un projet spécifique de chaque établissement, conçu et mis en œuvre avec la collaboration des proviseurs et des personnels éducatifs intéressés.

Plusieurs réunions de préparation organisées pendant les mois de mai et juin 1988 ont été nécessaires d'une part, pour donner les informations concernant les objectifs du programme (le lien entre l'équipe de recherche et les établissements a été assuré par l'animateur), d'autre part, afin d'évaluer les besoins de formation des personnels éducatifs.

Si comme nous l'avons dit, il ne nous a pas semblé nécessaire de donner des informations spécifiques sur le sida aux personnels éducatifs intéressés, nous avons en revanche, organisé une formation aux techniques audio-visuelles. Bien qu'un programme de formation soit actuellement en place au sein de l'Education Nationale, il est encore relativement rare que les adultes des lycées possèdent ces connaissances. Un stage a donc été mis en place par l'animateur et avec la collaboration du Centre Régional de Documentation Pédagogique (CRDP) dès la rentrée de septembre 1988. Ce stage, qui s'adressait aux adultes s'étant proposés pour encadrer les ateliers, avait pour objectifs :

- de donner une formation en techniques audio-visuelles afin de pouvoir aider les adolescents à manipuler les appareils,
- de donner une formation en techniques de communication pour aider les adolescents à exploiter au mieux les possibilités d'expression de l'outil audio-visuel,
- enfin, de permettre aux équipes d'encadrement d'acquérir un minimum d'autonomie dans l'utilisation du matériel de façon à pouvoir faire vivre les ateliers vidéo une fois le programme terminé et l'animateur absent. Si cette action était purement expérimentale, elle

devait cependant s'inscrire dans un contexte réel et tenir compte pour cela des facteurs de faisabilité. La formation des personnels en techniques audio-visuelles constituait une des conditions nécessaires à la mise en œuvre du programme dans l'éventualité de sa généralisation.

1.2.1.1. Constitution des équipes d'encadrement

Le fait que certains établissements aient participé avant la mise en œuvre du programme à des expériences similaires, ou aient déjà organisé des activités d'animation dans le cadre des foyers socio-éducatifs (par exemple des ateliers de théâtre, de photographie, etc...), a généralement facilité l'implication des adultes d'encadrement et la création des ateliers vidéo. C'est ce que nous avons observé notamment pour les lycées Ferdinand Fabre à Bédarieux, Joliot Curie à Sète et Mas de Tesse à Montpellier. Dans ces trois cas, les équipes adultes déjà mobilisées dans des actions éducatives péri-scolaire (Projet d'Action Educatif (P.A.E.), association pour le Burkina Faso du Mas de Tesse, clubs d'activités para-scolaires) ont également pris le relais pour la mise en place du projet sida.

Dans les autres établissements, la mise en œuvre de la stratégie représentait généralement une première expérience de ce type (organisation d'un projet sur un délai de plusieurs mois, réalisation d'un produit). Dans les lycées d'enseignement professionnel, les professeurs de vie sociale et familiale et les infirmières d'établissement, avec l'étroite collaboration des proviseurs ont pris en charge l'organisation logistique et matérielle de la stratégie. Les ateliers vidéo ont constitué alors un prolongement éducatif des programmes scolaires (MST, sida), et des actions d'information et de sensibilisation menées par les infirmières d'établissement.

Toutefois ces personnels éducatifs ont accepté "la règle du jeu" et ne se sont pas impliqués en qualité d'informateurs, ils ont aidé les adolescents à construire leur projet et à s'interroger sur les problèmes psychologiques, culturels et sociaux liés au sida.

Soit pour des raisons structurelles (petite taille de l'établissement, manque de place et de locaux), soit pour des raisons de motivation liées à l'éloignement des lycées par rapport au centre montpelliérain, les proviseurs du lycée Joseph Vallot de Lodève et d'Auguste Loubatières d'Agde n'ont pas appuyé la mise en œuvre de la stratégie sida. Les difficultés

d'organisation et de fonctionnement n'ont pu être surmontées qu'avec l'intervention des personnes relais qui ont alors pris des initiatives courageuses mais malheureusement isolées et n'ont pas rencontré d'une manière générale, le soutien attendu.

Enfin, il n'a pas été possible de mettre en place les ateliers vidéo dans le lycée Jean Mermoz à Montpellier et dans le lycée Henri IV à Béziers. Les personnels éducatifs qui ont été contactés n'ont pas adhéré à la démarche éducative proposée, et souhaitent intervenir davantage en qualité d'informateur. Ces lycées ont mis en œuvre leur propre stratégie. Le lycée Jean Mermoz en particulier a été marqué à ce moment par des changements importants : changement de proviseur et changement d'économe pour un établissement de plus de 3400 élèves, donc difficile à gérer. Les ateliers n'ont donc pu être créés que dans huit lycées classiques, techniques et/ou professionnels. Pratiquement toutes les catégories professionnelles de fonctionnaires présentes dans les établissements étaient représentées parmi les adultes d'encadrement des ateliers. C'est ce que nous pouvons constater ci-dessous.

* Lycée du Mas de Tesse à Montpellier

- 1 conseiller d'éducation
- 1 professeur d'éducation physique et sportive
- 2 conseillers d'éducation stagiaires

* Lycée professionnel G. Clemenceau à Montpellier

- 1 conseiller d'éducation
- 1 professeur de vie sociale et familiale
- 1 professeur de français
- 1 infirmière d'établissement

* Lycée professionnel Marguerite Audoux à Montpellier

- 1 professeur de mathématiques
- 1 professeur de vie sociale et familiale
- 1 infirmière d'établissement

* Lycée technique Joliot Curie à Sète

- 1 professeur de technique
- 1 assistante sociale
- 1 surveillant d'internat
- 1 conseiller d'éducation stagiaire

- * Lycée A. Loubatières à Agde
 - 1 professeur de philosophie
 - 1 professeur d'économie
 - 1 professeur de sciences naturelles

- * Lycée professionnel F. de Lesseps à Béziers
 - 1 professeur de vie sociale et familiale
 - 1 surveillant d'internat

- * Lycée Joseph Vallot à Lodève
 - 1 conseiller d'éducation

- * Lycée F. Fabre à Bédarieux
 - 1 conseiller d'éducation
 - 1 professeur de sciences naturelles
 - 1 infirmière d'établissement

Il peut être intéressant de remarquer qu'aucun médecin de santé scolaire ne participe à ces équipes d'encadrement. Peut-être la raison doit être cherchée dans leur indisponibilité. Par ailleurs les médecins de santé scolaire ne sont pas familiers le plus souvent d'un lycée en particulier, du fait qu'ils sont affectés chacun à un secteur comportant un nombre relativement important d'établissements scolaires du primaire et du secondaire.

1.2.1.2. Constitution des groupes adolescents

- Au lycée classique et professionnel du Mas de Tesse à Montpellier

Les affiches annonçant les ateliers ont été placardées dans l'enceinte du lycée et des informations complémentaires ont été transmises dans les classes, soit par l'intermédiaire des professeurs, soit par les conseillers d'éducation, à la demande du proviseur de l'établissement. Une première réunion d'information destinée aux élèves intéressés a été organisée fin septembre avec la présence des adultes d'encadrement et de l'animateur. Lors de cette réunion, une cinquantaine d'élèves étaient présents. Les problèmes d'organisation furent alors soulevés : disponibilités des élèves, horaires de fonctionnement des ateliers, répartition des rôles et

déroulement du projet ... La question du sida semblait très lointaine et ne fut jamais évoquée directement par les participants. La réalisation d'un clip sur le sida semblait cependant les séduire et les adolescents exprimaient volontiers leur désir d'utiliser du matériel de tournage, mais aussi de concevoir leur "propre clip" et de diffuser celui-ci dans l'établissement.

Une seconde réunion fut alors prévue afin de prendre les inscriptions définitives et mettre en œuvre le déroulement du projet. Quinze élèves furent présents à cette deuxième réunion. Le groupe était constitué comme suit :

- 2 élèves de Terminale C de la même classe
- 2 élèves de Terminale B de la même classe
- 3 élèves de Terminale G dont 2 de la même classe
- 2 élèves de Terminale A de la même classe
- 3 élèves de 1^{ère} G de la même classe
- 2 élèves de 1^{ère} A de la même classe
- 1 élève de 1^{ère} B

Le groupe constitué était assez hétérogène, plusieurs classes et sections étaient représentées, mais plusieurs élèves appartenaient à une même classe, ce qui permettait une bonne diffusion de la dynamique au sein du lycée. L'âge moyen des participants était assez élevé : de 17 à 19 ans, ce qui peut expliquer "l'exclusion" des élèves de seconde présents à la première réunion mais qui n'ont pas réussi à prendre place dans le groupe "leader".

La motivation des élèves s'est construite essentiellement autour de la réalisation du clip : plusieurs élèves sont des sections Arts et Communications (A3), et sont particulièrement intéressés par l'aspect technique : conception de message, publicité, etc...

Mais le thème les intéresse également et plusieurs élèves sont déjà sensibilisés et possèdent une bonne information. Il est intéressant de noter que parmi ces élèves plusieurs adolescents participent déjà à des clubs ou des associations : le club Burkina Fasso, l'atelier théâtre, et possèdent de ce fait, un certain niveau de réflexion et de communication sur des problèmes humanitaires (éducation, faim dans le monde, etc...). Dès les premières réunions, ils ont souhaité réaliser un "clip de prévention" pour les élèves du Mas de Tesse qu'ils trouvent généralement "peu impliqués" ou "peu concernés" par les problèmes du sida.

Il a été décidé que l'atelier fonctionnerait deux fois par semaine :

- entre 12 h30 et 14 pour les demi-pensionnaires,
- et en soirée de 17 h30 à 19h.

Une classe est mise à notre disposition à chaque réunion.

- Au lycée professionnel G. Clemenceau à Montpellier

L'information a également été diffusée par les affiches posées dans l'établissement et par certains professeurs dans les classes. Il a été plus difficile cependant de toucher les élèves soit parce qu'ils prêtent moins attention d'une manière générale aux affiches même si celles-ci concernent leur établissement, soit parce qu'ils sont moins disponibles : les élèves sont en atelier ou en stage parfois à l'extérieur de l'établissement, des cours sont dispensés entre 12 et 14 h, beaucoup d'élèves habitent assez loin et doivent prendre des transports en commun après la sortie des cours. Pour ces différentes raisons, les informations ont été ciblées en direction de certains adolescents connus par les adultes d'encadrement et susceptibles d'être intéressés dans le projet.

Le groupe vidéo s'est constitué autour d'une dizaine d'élèves :

- 4 élèves de 1^{ère} M'c (Carrosserie auto) dont 3 d'une même classe
- 1 élève de 1^{ère} M'ub (mécanicien réparateur auto)
- 1 élève de 2^{nde} C'm (construction mécanique)
- 1 élève de 2^{nde} M'ua (mécanicien réparateur auto)
- 1 élève de 2^{nde} M'ga (opérateur règleur)
- 1 élève de 3^{ème} T3 (électromécanique)
- 1 stagiaire tuciste, secrétaire dans l'établissement

Le groupe est essentiellement soudé autour des 4 élèves appartenant à la section carrosserie auto formant un sous-groupe "leader". L'âge des participants est de 15 ans à 17 ans. Les classes de première (dernière année de BEP) correspondent au niveau de première des lycées d'enseignement long.

Le manque de disponibilité des élèves n'a pas permis de programmer régulièrement les activités de l'atelier vidéo. Celui-ci s'est généralement déroulé le mardi entre 13 h et 14 h et le samedi matin, c'est-à-dire en dehors des périodes de cours et avec l'autorisation du proviseur pour l'occupation des locaux.

La motivation des élèves repose essentiellement sur la vidéo, l'utilisation du matériel, la réalisation d'un clip (plusieurs élèves sont musiciens ou animateurs de radio et de discothèque). Ils sont d'une manière générale mal informés sur les problèmes du sida, mais intéressés par la possibilité de rencontrer des spécialistes.

- Au lycée professionnel Marguerite Audoux à Montpellier

Après la phase d'information par voie d'affiche, la dynamique a été lancée par un groupe de 5 élèves qui a pris en charge avec l'aide de l'infirmière, l'information dans les classes, au foyer et à la cantine.

La première réunion d'information a regroupé une quarantaine d'élèves et les inscriptions se sont effectuées par répartition entre les rôles : acteurs, caméraman, journalistes, techniciens, ce qui a permis de constituer rapidement le groupe vidéo. 12 élèves se sont finalement inscrits aux ateliers :

- 1 élève de 1^{ère} E (esthétique)
- 6 élèves de 2^{nde} H (habillement) d'une même classe
- 3 élèves de 2^{nde} C (coiffure) d'une même classe
- 2 élèves de 2^{nde} E (esthétique) d'une même classe
- 1 élève de 3^{ème} H (habillement).

La sensibilisation du groupe aux problèmes du sida est très forte et peut s'expliquer en partie par la plus grande maturité du groupe des 11 filles bien que l'âge moyen soit relativement bas : entre 15 et 16 ans. L'outil vidéo a représenté une préoccupation secondaire et le groupe s'est centré davantage sur les problèmes d'information correspondant à une très forte demande. Des projets d'enquête ont été mis en œuvre, mais aussi la constitution d'un dossier regroupant divers articles spécialisés ou plus généraux sur les problèmes du sida mis à la disposition de tous les élèves concernés. L'utilisation de la vidéo s'est inscrite dans le cadre de ces projets (interviews auprès d'élèves ou de spécialistes), et a souvent constitué le prolongement éducatif des cours de vie sociale et familiale.

- Au lycée technique et professionnel Joliot Curie à Sète

Les affiches placées dans l'enceinte de l'établissement n'ont pas produit les résultats attendus. La mobilisation des élèves a en effet été très limitée, malgré les relais d'information effectués dans les classes par les professeurs, les surveillants et les conseillers d'éducation.

Il a donc été nécessaire d'adopter une stratégie différente en contactant souvent individuellement les élèves, en discutant de vive voix avec eux, en expliquant les objectifs du projet mais aussi en cherchant à comprendre leurs attentes. En outre, les difficultés rencontrées par l'administration de l'établissement, notamment les problèmes de drogue et d'absentéisme,

ont obligé l'équipe à définir un projet adapté au contexte et aux adolescents concernés tout en maintenant le déroulement de la stratégie. Au-delà du projet sida, la création des ateliers vidéo devait constituer un point d'appui pour le suivi d'actions socio-éducatives en direction des élèves soit en difficulté scolaire, soit en difficulté d'insertion.

L'information individualisée a donc permis avec l'aide de l'assistante sociale et des adultes d'encadrement de cibler ces jeunes en difficulté, de proposer des activités susceptibles de favoriser leur insertion et de maintenir leur scolarité. Le projet sida a été généralement perçu par ces mêmes élèves comme une activité à la fois valorisante et gratifiante leur permettant de montrer une "autre image de soi", de travailler des talents insoupçonnés, de développer des capacités d'expression et de créativité insuffisamment mises en valeur dans le cadre d'un enseignement classique, mais aussi de rencontrer d'autres adultes et renouer un dialogue parfois coupé après des échecs ou des expériences négatives.

Le groupe vidéo s'est donc constitué autour d'un petit groupe de 7 personnes :

- 1 élève de Terminale F
- 1 élève de 1^{ère} F
- 1 élève de 1^{ère} S
- 2 élèves de 2^{nde} SP d'une même classe
- 2 élèves de 2^{nde} indéterminée d'une même classe

L'âge moyen des participants est de 17 ans. La forte motivation des élèves pour la vidéo a été suffisante pour les engager dans la réalisation d'un clip sur le sida, même si leurs connaissances du problème étaient au départ très limitées.

- **Au lycée professionnel Ferdinand de Lesseps à Béziers**

Les informations ont été données comme dans les autres lycées par voie d'affiche et par l'intervention directe des adultes d'encadrement dans les classes. Mais comme dans les autres lycées professionnels, le problème de la disponibilité des élèves s'est posé et l'information a davantage été ciblée en direction des élèves d'internat afin de faciliter le fonctionnement des ateliers en soirée. Le groupe des internes relativement important était à la fois demandeur d'activités non offertes par le foyer socio-éducatif et très attiré par la vidéo. D'autre part, le professeur de vie sociale et familiale très impliqué a proposé aux autres élèves externes de travailler sur des projets d'enquête ou de scénario, assurant ainsi le relais avec le groupe des internes plus particulièrement chargé de la réalisation technique du clip vidéo.

Le groupe vidéo a rassemblé une douzaine d'élèves

- 3 élèves de 1^{ère} PSMM (maintenance de système de productique) d'une même classe
- 1 élève de 1^{ère} PM (maintenance de matériel agricole ou de chantier)
- 1 élève de 1^{ère} BPP (bois et agencement)
- 3 élèves de 2^{nde} PSMCH (chaudronnerie)
- 2 élèves de 2^{nde} M'D (tôlerie)

La moyenne d'âge du groupe est de 17 ans ; tous les élèves sont internes au lycée.

- Au lycée classique et professionnel Auguste Loubatières à Agde

Des difficultés ont été rencontrées en raison de problèmes propres au lycée (changement de proviseur qui n'était donc pas au courant de toute la phase préparatoire s'étant déroulée à la fin de l'année scolaire précédente, restructuration de l'établissement, manque de locaux ...). Cependant l'équipe d'encadrement constituée avant la rentrée de septembre et particulièrement motivée a pris en charge l'information auprès des élèves et plusieurs réunions préparatoires ont été organisées à partir du mois d'octobre avec la présence de l'animateur. Le groupe vidéo a donc été rapidement constitué :

- une dizaine d'élèves :
- 2 élèves de Terminale A d'une même classe
- 1 élève de Terminale D
- 3 élèves de 1^{ère} B d'une même classe
- 2 élèves de 1^{ère} A d'une même classe
- 3 élèves de 2^{nde} dont 2 d'une même classe.

L'implication des professeurs a favorisé un travail de réflexion sur les problèmes du sida et les élèves se sont orientés dès le départ sur une recherche de documentation. La conception du clip s'est faite beaucoup plus progressivement que dans les autres lycées. Les activités de l'atelier vidéo ont été organisées tous les samedis après-midi.

- Au lycée classique et professionnel Joseph Vallot à Lodève

Les informations ont difficilement été transmises dans le lycée : si les affiches ont été placardées, il n'y a pas eu de relais d'information par les professeurs, le proviseur ayant refusé de faire la promotion des ateliers vidéo. De même il n'a pas été possible de faire participer des élèves du lycée professionnel rattaché au lycée classique pour les mêmes raisons. Cependant la stratégie a quand même été maintenue avec l'accord du proviseur à la condition d'organiser l'atelier hors temps scolaire, c'est-à-dire le mercredi après-midi. Cinq élèves se sont alors

inscrits :

- 2 élèves de Terminale B
- 2 élèves de Terminale D
- 1 élève de 2^{nde}

- Au lycée classique Ferdinand Fabre de Bédarieux

Les premières informations avaient été données aux élèves intéressés avant la rentrée de septembre lors des réunions organisées par le conseiller d'éducation. Plusieurs groupes se sont rapidement constitués :

- Un groupe de 13 élèves
 - 13 élèves de 1^{ère} A dont 10 élèves d'une même classe
- Un second groupe également de 13 élèves plus hétérogène :
 - 3 élèves de 1^{ère} A d'une même classe
 - 1 élève de 1^{ère} A d'une autre classe
 - 3 élèves de 1^{ère} S d'une même classe
 - 5 élèves de 2^{nde} B d'une même classe.

Les participants semblaient au départ davantage intéressés par l'aspect technique du projet (réalisation d'un clip), que par le sida. Pour eux, on parlait déjà trop du sida et peut-être mal aussi. Sans être totalement inintéressés par le thème, le sida leur semblait une préoccupation lointaine ; il est vrai que la moyenne d'âge du groupe était relativement faible (16 ans) et on peut penser que d'autres problèmes plus immédiats les touchaient davantage. Les ateliers ont été mis en place le mercredi après-midi de 13 h à 15 h30 permettant un travail suivi et régulier avec les élèves.

Nous pouvons faire les remarques suivantes :

- Dans tous les lycées impliqués par le programme et dans lesquels des équipes d'encadrement ont été constituées, il a été possible en fin de compte de mettre en place les ateliers vidéo et de constituer les groupes adolescents,
- les informations par voie d'affiche ont été efficaces dans les lycées classiques et cela d'autant plus qu'elles ont été relayées par les adultes d'encadrement et par l'animateur lors des réunions d'information. L'organisation des ateliers : inscription des élèves, programmation des activités, fréquence des animations, répercussions dans l'établissement a été optimisée lorsque les adultes d'encadrement se sont impliqués personnellement et

notamment lorsque les professeurs sont intervenus auprès des élèves avec la collaboration d'autres personnels éducatifs (infirmières, conseillers d'éducation).

D'une manière générale, on remarque que l'implication des adultes a favorisé l'implication et l'adhésion des groupes adolescents.

Ces groupes d'adolescents se sont alors constitués spontanément, c'est-à-dire par l'adhésion de tous les adolescents intéressés sans critères de sélection ni choix pré-établis.

- Dans les lycées d'enseignement professionnel, l'information concernant les ateliers vidéo et le déroulement du projet a davantage été transmise individuellement et auprès d'élèves "choisis", soit pour assurer le fonctionnement des ateliers et donc le déroulement de la stratégie (en tenant compte des problèmes de disponibilité, mais aussi des aptitudes des élèves à prendre en charge un projet, de leur facilité d'expression et de communication avec d'autres adolescents), soit afin d'adapter le programme aux spécificités de l'établissement. Dans ce cas, les informations ont été ciblées en direction d'adolescents en difficulté ou cherchant une aide auprès d'adultes ou d'autres adolescents. Le programme s'inscrit donc ici dans une démarche plus générale d'intégration au-delà de l'objectif visé qui est de faciliter la réflexion et la communication sur les problèmes du sida.

1.2.2. L'expérience d'animation

Trois phases principales ont rythmé le déroulement de l'expérience d'animation :

- Une phase de sensibilisation au problème : différents outils pédagogiques ont été utilisés.
- Une phase de production (réalisation des clips), qui correspond à "la phase productive" des ateliers, résultat de la dynamique de groupe.
- Enfin, la phase de restitution (diffusion de la dynamique dans les établissements).

1.2.2.1. Phase de sensibilisation

La démarche d'animation a d'abord consisté à créer au sein des groupes vidéo, une dynamique d'interrogation et de questionnement sur les problèmes du sida, et à susciter en fonction du niveau de connaissance des élèves, une demande d'information.

1.2.2.1.1. Utilisation du dossier technique

Ces dossiers de 40 pages sans compter les photocopies d'extraits de journaux et de livres regroupent une liste des experts accessibles, une bibliographie, une filmographie. Un exemplaire au moins a été mis à la disposition de chaque atelier. En fonction des locaux disponibles, un "point infos" a été créé en permanence, soit dans les ateliers vidéo, soit, lorsque cela n'était pas possible, au Centre de Documentation Pédagogique des lycées. Des réunions informelles ont été organisées et au fur et à mesure de leur maturation, les groupes ont été chargés d'enrichir eux-mêmes la bibliographie, de compléter les articles, d'apporter des documents ou des films, de programmer en fonction de la demande des élèves du lycée, la mise à disposition des livres, cassettes et autres documents fournis par la bibliothèque du Département de l'Information Médicale.

Dans les lycées professionnels, les professeurs de vie sociale et familiale ainsi que les infirmières ont proposé d'aider les adolescents à classer les informations, à dégager des thèmes de réflexion ou des sujets d'enquête qui ont été traités avec l'animateur pendant les ateliers.

Les livres ont d'une manière générale été peu demandés excepté par les groupes des lycées A. Loubatières et du Mas de Tesse qui ont souhaité approfondir leurs connaissances sur des sujets de communication : "Le sida : rumeurs et faits", "La route du sida : enquête sur une grande peur".

En revanche, les articles de presse, les bandes dessinées ont été très demandés :

- Merlot contre MST sida
- Paradis mortels
- Préservatifs mode d'emploi

Ainsi que les deux films disponibles.

- Attention sida (Luc Montagnier)
- Où est passé Stéphane ?

Les documents trop spécialisés (articles de recherche, revues médicales) n'ont pas satisfait entièrement les élèves. De même, le film représentant des situations (Où est passé Stéphane ?) et suscitant un débat, a été préféré au document d'information (Attention sida) apportant des réponses "toutes faites". Certaines bandes dessinées n'ont pas été appréciées, jugées trop vagues, imprécises et parfois même confuses. En revanche "Préservatifs mode d'emploi" a été un document très prisé à cause de l'humour et du langage direct utilisé pour parler de la sexualité.

1.2.2.1.2. Les initiatives originales

* Au lycée du Mas de Tesse de Montpellier

Afin d'élaborer un scénario susceptible de toucher les élèves du Mas de Tesse, le groupe vidéo a souhaité d'abord réaliser une enquête auprès des élèves du lycée de manière à sonder leur niveau de connaissance et connaître éventuellement leurs attentes concernant la réalisation du clip.

- Une première démarche a consisté à placer dans l'établissement des "boîtes à idées" en interpellant à partir d'un questionnaire simple, autant les adultes que les adolescents du lycée : Pour vous le sida, c'est quoi ? - si vous deviez faire un clip sur le sida, comment serait-il ? , de quoi parlerait-il et pourquoi ? - donnez vos suggestions.

Ces boîtes à idées sont restées 10 jours dans l'établissement, mais les résultats n'ont rien donné de positif : 3 réponses imprécises montrant le peu d'intérêt des élèves sur la question du sida.

- Le groupe a donc décidé d'interroger directement les élèves et les professeurs. Plusieurs réunions ont alors été nécessaires pour réaliser avec toute l'équipe un questionnaire plus élaboré et décider des modalités d'organisation. Le questionnaire a été réalisé à partir des réflexions et des débats très animés au sein du groupe. Après une synthèse qui a permis de dégager les points importants, les élèves ont rédigé le questionnaire d'enquête.

L'enquête réalisée par les élèves de l'atelier a duré une dizaine de jours. Le plus grand nombre possible de personnes a été interrogé, environ 10 % de l'effectif du lycée. Le questionnaire était anonyme mais plusieurs élèves interrogés ont accepté après coup, de participer à des entretiens filmés.

DESCRIPTION DU QUESTIONNAIRE

- Si je te parle du sida, est-ce que cela te choquera, acceptes-tu d'en parler, si non pourquoi ?
- Qu'est-ce que le sida ? - que signifie le sigle ?
- Quelle différence fais-tu entre O+ et séropositif ?
- Quelle différence fais-tu entre une personne séropositive au virus HIV et un sidéen ?
- Est-ce qu'une personne contaminée par le virus HIV peut contaminer d'autres personnes ?
 - dans toutes les situations de la vie quotidienne ?

- Qui peut contracter le sida ?
- Comment peut-on être contaminé ?
- Quels moyens connais-tu pour te prémunir contre l'infection ?
- Te sens-tu directement concerné ?
- Quels sont les points les plus difficiles à aborder : avec tes parents, avec les amis ?
- De quelle couleur vois-tu le sida ?
- Es-tu optimiste, pessimiste ou indifférent sur l'avenir de l'infection ?

CONCLUSIONS DE L'ENQUETE

- Le sigle sida est assez vague pour la plupart des élèves. Des confusions persistent quant aux différents termes médicaux employés soit en parlant du sida (séropositivité, sidéen, porteur sain), soit en parlant d'autres maladies : MST, maladies infectieuses.
- La contamination hétérosexuelle n'est pas connue de tous.
- La plus grande partie des élèves interrogés pensent que les personnes atteintes représentent toujours un risque de contamination pour les autres, en dehors des rapports sexuels. D'une manière générale, ils ne sont pas indifférents face au problème, mais ne se sentent pas concernés directement.
- 50 % sont optimistes et pensent que la science permettra de résoudre le problème,
- 50 % restent plus pessimistes pour l'avenir.

A partir de ces résultats, le groupe vidéo a décidé de monter une exposition pour la préparation de la journée mondiale du sida du 1^{er} décembre 1988 en donnant les résultats de l'enquête, mais aussi en apportant des informations afin de corriger les réponses erronées :

- définition des termes encore mal connus ou incompris
- historique du sida,
- aspects biologiques et scientifiques de la maladie,
- évolution de la maladie au niveau mondial, européen et régional

- ce qui est fait dans le monde pour lutter contre l'infection : prévention, recherche, traitement de la maladie,
- information sur les différents organismes de lutte contre le sida, sur les centres de dépistage,
- en conclusion : l'accent est mis sur le fait que seule la prévention aujourd'hui est un moyen efficace pour lutter contre l'infection.

Des entretiens filmés ont été réalisés à cette occasion et réutilisés pour la préparation du clip. Cette phase de sensibilisation a suscité un questionnement et a motivé un travail de recherche d'informations par le biais de l'enquête qui en fin de compte a impliqué un grand nombre d'élèves, ceux-ci ont ainsi participé indirectement à l'élaboration du scénario. Les élèves de l'atelier encouragés par le succès de l'exposition se sont sentis investis d'une mission de diffusion, ce qui a renforcé leur engagement dans la conception et la réalisation du clip. L'atelier a d'abord constitué un lieu de réflexion sur le thème du sida au lieu d'être un atelier vidéo.

Enfin, pendant ce travail de préparation, les élèves n'ont pas demandé à rencontrer des spécialistes, l'essentiel des informations ayant été apportées par les documents mis à leur disposition.

* Au lycée technique et professionnel Joliot Curie

Comme pour le lycée du Mas de Tesse, le groupe vidéo du lycée professionnel Joliot Curie a d'abord souhaité réaliser des enquêtes au sein du lycée en interrogeant d'autres élèves. Mais ici l'utilisation de la vidéo a été immédiate devant la forte demande du groupe. La préparation de ces enquêtes a donc constitué davantage un prétexte à la formation audio-visuelle des participants (technique d'interview, apprentissage, préparation d'un questionnaire, montage), plus qu'une réelle sensibilisation aux problèmes du sida.

Il semble que, devant la difficulté à aborder le sujet donc à en parler, à formuler des questions, le groupe se soit trouvé plus à l'aise en situation d'enquêteur. Critiquer les réponses des autres, ou les compléter, permet en effet d'engager plus facilement la discussion en évitant d'être déterminé par ce que l'on dit (on parle des autres, des copains, du professeur, etc...). Ce détour permet, en fin de compte, de susciter un questionnement personnel même si les questions ne sont pas ici directement posées ...

Le premier décembre 1988 décrété journée mondiale du sida par l'OMS a constitué le contexte d'un premier tournage à l'extérieur du lycée. Les élèves ont souhaité rencontrer des chercheurs, mais aussi des associations afin de réaliser un reportage à diffuser dans le lycée. Plusieurs réunions de préparation ont permis de mettre au point le programme de la journée, de prévoir les déplacements à Montpellier, de réfléchir aux questions importantes et de les formuler.

Les activités suivantes ont pu être réalisées :

- Visite des locaux de l'association AIDES avec les membres bénévoles de l'association, accueil sur le stand d'information dans le cadre de la journée internationale du sida.
- Rencontre avec le délégué de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
- Rencontre avec l'équipe vidéo du lycée du Mas de Tesse (visite de l'exposition).
- Visite des installations de recherche et des laboratoires de l'INSERM, interview du professeur Jean Clot (immunologue à l'hôpital St. Eloi du CHR de Montpellier).

Les élèves ont particulièrement apprécié l'intervention du professeur J. CLOT qui tout en donnant des réponses précises d'ordre médical a su répondre également aux interrogations des adolescents concernant l'aspect social et humain de la maladie.

Différentes questions ont donc été soulevées :

- D'où vient le virus (les virus) du sida ?
- Connait-on l'origine de la maladie ?
- Pourquoi les homosexuels sont plus touchés que les autres groupes ?
- Quelle est l'évolution de l'infection dans le monde et en Europe ?
- Comment se déclare la maladie ?
- Quels sont les traitements ?
- Pourquoi est-il si difficile de mettre au point un vaccin ?
- Quelles sont les conséquences sociales et psychologiques pour un malade ?
- La France lutte-t-elle contre les phénomènes d'exclusion des malades et des séropositifs, comment ?
- Quels sont les moyens de prévention ?

- Quand faut-il se faire dépister ?
- Que pensez-vous des campagnes de prévention ?

A partir de ces interviews une cassette d'une heure a été montée par les élèves et mis à la disposition du centre de documentation pédagogique du lycée.

Cette démarche d'information a mis en éveil à la fois la curiosité et le sens critique des élèves de l'atelier qui ont abordé plus facilement la question du sida. Profitant de leur attention aux faits d'actualité sur le sida, une sensibilisation au problème et une initiation à la communication ont été entreprises à partir de l'analyse d'articles, mais aussi de documents visuels et audio-visuels (affiches, spots de prévention, etc...). Ecrasés sous la masse d'information, il semble que les élèves d'une manière générale aient eu de grandes difficultés à choisir l'information juste, ou plus simplement à sélectionner l'information dont ils ont besoin.

En collaboration avec le lycée d'Agde et avec un professeur de philosophie, nous avons essayé d'élaborer une grille d'analyse des messages visuels et audio-visuels destinée à l'apprentissage de la communication et à l'apprentissage du langage parfois obscur des médias.

Cette grille a servi d'autre part à l'élaboration des messages et des séquences des clips vidéo réalisés par les élèves.

* Au lycée professionnel Georges Clemenceau

Là aussi, la journée du 1^{er} décembre a joué un rôle de catalyseur en mobilisant l'équipe vidéo qui a également participé à de nombreux forum et réalisé des reportages vidéo en rencontrant des spécialistes. Après cette première phase de sensibilisation, le groupe a évolué vers d'autres points d'intérêt et un travail plus spécifique a pu être mis en œuvre à partir de situations fictives (jeux de rôles) proposées par les adolescents. Une mise en scène a donné suite ainsi aux réflexions apportées par le groupe.

Dans les autres lycées, mis à part les points infos et les nombreux documents mis à la disposition des élèves, c'est directement l'élaboration des scénarios et le tournage des premières séquences qui ont constitué les éléments de sensibilisation. Le scénario s'est construit au fur et à mesure que s'improvisait le tournage, alimentant des réflexions ou des critiques, preuves de la maturation du groupe.

Il est évident que les films réalisés ici représentent davantage un point de départ plus qu'un achèvement. C'est donc davantage cette maturation, c'est-à-dire l'évolution des représentations

de la maladie par les adolescents et leurs propres réflexions sur le chemin parcouru (phénomènes d'ajustement), qui nous intéressent ici.

1.2.2.2. Phase de production vidéo

1.2.2.2.1. Initiation technique

L'initiation technique, c'est-à-dire l'utilisation du matériel audio-visuel n'a pas posé de problèmes particuliers. Les séances techniques ont donc été réduites au minimum : présentation du matériel, manipulation, enregistrement et restitution de manière à permettre aux adolescents d'utiliser par eux-mêmes et le plus rapidement possible les caméscopes mis à leur disposition. Ce matériel appartenait soit au lycée lorsque celui-ci était doté (caméscope type VHS), ou prêté par le Département de l'Information Médicale (caméscope type 8 mm).

En revanche, des formations plus poussées ; environ 8 heures par établissement ont été organisées à l'attention des adolescents intéressés :

- sur la prise d'image : technique photographique, éclairage, mouvements de caméra ;
- sur la prise de son : utilisation d'une perche micro ;
- sur la technique de réalisation : découpage en plan, écriture d'un scénario, plan de tournage, etc...
- sur la technique de montage : montage par copies successives, montage à la prise de vue, utilisation d'un banc de montage VHS et 8 mm.

Il était indispensable en effet que les adolescents participent à la réalisation de toutes les étapes, de la conception du scénario à la réalisation et au montage du document.

Enfin le dossier technique disponible dans chaque atelier, comportait une partie réunissant des conseils pour réaliser la prise de vue, le scénario et le montage.

1.2.2.2.2. Organisation de l'outil vidéo

L'organisation de l'outil vidéo peut être assimilée à l'organisation des personnes qui participent à un projet utilisant la vidéo. Celle-ci est caractérisée par les interrelations ou les "coupures" qui s'effectuent entre les participants. On peut alors concevoir la pratique de la vidéo comme une série d'opérations constituant en fin de compte, soit un "circuit fermé", soit un "circuit

ouvert" en fonction de la répartition des postes et des coupures entre chaque intervenant.

La vidéo oblige à concevoir un système comprenant :

- des acteurs ou des interviewés placés devant la caméra,
- des interviewers ou metteurs en scène qui guident l'action,
- des caméramen et des preneurs de son placés derrière la caméra,
- des séries de manipulations utiles pour la sélection des prises de vue et le montage,
- enfin un public qui voit le résultat final.

Si ce système implique un seul et même groupe, les acteurs, l'équipe technique et le public sont les mêmes personnes, le système produit un circuit fermé continu ou interrompu suivant les coupures dans le temps (par exemple si l'enregistrement et la diffusion ne s'effectuent pas simultanément), qui puise alors son énergie par la dynamique du groupe qui est créé. Cette organisation a souvent été utilisée dans le cadre du programme lorsque l'objectif d'animation était centré sur le groupe. La vidéo produit dans ce cas un effet miroir (miroir du groupe pour lui-même).

Des coupures sont effectuées entre les personnes lorsque par exemple les acteurs et l'équipe technique n'appartiennent pas au même groupe que le public (on pourrait envisager d'autres systèmes avec d'autres types de coupures). Le travail autour de la vidéo est alors davantage centré sur le message (ce qui est vu et ce qui est dit).

a) Les expériences centrées sur le "message"

Les groupes d'adolescents ont souvent utilisé la vidéo comme outil d'information. L'enregistrement des interviews qu'il s'agisse d'élèves extérieurs au groupe ou de spécialistes (médecins, membres d'association, etc...) a permis d'attirer l'attention sur le contenu des messages, c'est-à-dire sur l'argumentation, les références, les informations. Le choix des prises de vue oblige par conséquent un certain recul et fait intervenir des capacités d'évaluation, de critique, de jugement. Cette technique a souvent été utilisée pendant la phase de sensibilisation. Il est intéressant de noter que l'insatisfaction des réponses obtenues a souvent conduit les adolescents concernés à rechercher dans leur environnement des informateurs plus compétents. C'est ce que nous avons remarqué avec le groupe du lycée J. Vallot : les premières enquêtes réalisées à Lodève auprès de responsables municipaux, des autorités religieuses, parfois de

certaines professeurs ou d'élèves se sont révélées contradictoires. Le groupe a alors décidé de remonter à la source des informations en contactant directement, soit des chercheurs ou des médecins compétents, soit des personnes directement concernées par le problème du VIH (des séropositifs, des membres de l'association AIDES).

b) Les expériences centrées sur le groupe

La vidéo a souvent été utilisée en "circuit fermé", c'est-à-dire sans l'intervention d'acteurs extérieurs. Il s'agissait soit de l'enregistrement de séquences des discussions ou des débats des adolescents au sein de l'atelier, soit de jeux de rôle sur des situations choisies par les adolescents ou proposées dans les scénarios déjà écrits. Cette technique a permis aux adolescents de s'impliquer tout en gardant la possibilité de corriger certaines attitudes ou opinions à l'issue des séances de projection ou lors des discussions qu'ils avaient entre eux. Mais cette technique a aussi permis d'expérimenter des pratiques de communication. Au terme de ce travail avec les groupes, plusieurs leaders se sont affirmés et ont pris en charge le déroulement du projet. Ces sous-groupes se sont constitués à partir des groupes d'acteurs, c'est-à-dire des adolescents ayant une grande capacité d'expression et de communication.

Les groupes se sont progressivement restructurés au fur et à mesure de l'avancement du projet de réalisation (écriture du scénario), et de leur maturation face au problème. La discussion des projets de scénario et les choix retenus ont parfois provoqués des conflits de pouvoir, voire même des départs du groupe.

1.2.2.2.3. Les scénarios

A travers l'écrit des scénarios et les situations mises en scène, les adolescents ont cherché à exprimer les points essentiels de leurs interrogations. Les films sont le résultat et le reflet de ce questionnement livré souvent de manière abrupte ou désordonnée, mais avec l'avantage de donner les points de vue d'adolescents. Les groupes ont délibérément choisis de ne pas transmettre des informations, notamment des informations médicales, mais de représenter des situations ou des fictions susceptibles à leur avis de capter l'attention des autres adolescents.

Je reprendrai ici les représentations qui me paraissent les plus significatives.

a) L'univers sida

L'univers sida est représenté par des lieux souvent désaffectés, c'est-à-dire sans affects, situés hors des normes sociales. Le tournage du film du lycée Georges Clemenceau s'est déroulé dans une maison abandonnée, délabrée et sans vie. Les adolescents ont choisi les lieux les plus sordides, les plus tristes : murs gris aux peintures délavées, graffiti évoquant la mort, la déstructuration sociale. On retrouve les mêmes représentations dans le clip du lycée Ferdinand Fabre : des longs couloirs déshumanisés, une chambre sans mobilier qui intensifie la solitude et l'isolement du personnage assis sur un matelas posé à même le sol. L'image elle-même est souvent déstructurée par des effets de coloration : couleur monochrome, froide pour les lieux, le rouge dominant pour la représentation du sida et qui envahit parfois toute l'image (F. de Lesseps, Mas de Tesse, A. Loubatières, Joliot Curie).

La déstructuration sociale est évoquée par la solitude, par l'impossibilité de communiquer (le couple dans le film de F. de Lesseps) mais aussi par des effets d'enfermement : des lieux sans issue qui se referment sur les personnages prisonniers. Le sida n'est presque jamais représenté par la mort physique, mais plus par la peur de la déchéance, de l'anéantissement social (mort du groupe). Le sida frappe indistinctement tous les personnages, ceux-ci tombent les uns après les autres, (dans le film du Mas de Tesse, celui d'A. Loubatières).

Il semble que, pour les adolescents, le sida soit proche de la dépression, c'est-à-dire du repli sur soi, de la déchéance mais aussi du refus des autres ou de l'aide des autres (on ne peut en parler à personne). Ceci conduit à la mort par l'absence de relations humaines.

Si les adolescents savent que le sida n'est pas comparable aux grandes épidémies du passé, ils continuent pourtant à représenter des hécatombes : le sida frappe tout le monde, sans distinction, aveuglément. En bref les adolescents expriment la peur d'une déstructuration sociale qui touche en fin de compte tous les individus. L'univers sida est alors un monde imprévisible, où les valeurs traditionnelles semblent basculer, où les points d'ancrage qui permettent de rester debout (stabilité), s'évanouissent.

La fiction prend la place des informations : les adolescents dans leurs clips ne font référence à aucun discours scientifique, il n'y a ni enseignant ni médecin. Les adolescents ne semblent rien attendre de la science ni des médecins. Pour eux le problème est ailleurs, et se situe davantage dans un processus psychologique qui définit les relations à sa propre vie et à celle des autres.

L'univers sida marque des coupures entre les mondes de l'enfant, de l'adulte, et de l'adolescent. Le sida est perçu comme un problème d'adulte : dans le film de Joseph Vallot c'est le père qui

pose le problème : "il faut que je lui parle du sida" (en pensant à son fils), or manifestement, le sida ne fait pas partie du monde de l'enfant (si celui-ci sait de quoi il s'agit, le sida n'apparaît pas comme un problème). Ce décalage, l'adolescent l'exprime en représentant des attitudes inadaptées d'adultes : les parents refusent de donner l'information (film de J. Vallot) ; dans leur discours, les adultes ne s'engagent pas eux-mêmes : ils parlent d'autres choses ... ("les français ont peur de l'avion" dans le film de Joliot Curie).

Cette intrusion du sida dans le monde de l'adolescent s'accompagne d'un bouleversement et d'un réaménagement des normes et des valeurs. Si les lieux d'adolescents sont représentés dans les clips par des lieux de rencontre et de convivialité : les cafés, le lycée, des lieux où il est facile généralement de communiquer, le sida introduit une coupure. La convivialité n'est plus présente, la parole s'efface, l'adolescent n'a plus les mots pour en parler, pour dire le sida avec les autres. Ce manque de mots est caractéristique de l'adolescent lorsqu'il veut parler de son corps ou de la sexualité, il utilise alors des "détours".

b) L'objet préservatif

Dans tous les clips, le préservatif est l'objet clé autour duquel s'articule le film (par exemple le film de F. Fabre), ou qui vient ponctuer le dénouement du film, la chute. Le préservatif apparaît alors comme un objet transitoire, par lequel il est possible de rétablir l'ordre perdu, de réaménager son propre univers (le monde de l'adolescent) bouleversé par le monde adulte, le monde du sida. Le préservatif a dès lors un rôle réorganisant, autour duquel s'établit un nouveau langage codé et propre à l'adolescent. Lorsque l'objet préservatif n'apparaît pas, le bouleversement se perpétue et le personnage meurt incapable de faire face : dans le film de F. de Lesseps où le personnage refuse le préservatif.

Le préservatif apparaît sous différentes formes :

- Un cadeau : il est offert à l'autre comme signe d'apaisement dans le film de J. Vallot, dans celui d'A. Loubatières (la petite fille offre un préservatif à son frère ...).
- Une arme : dans le film de G. Clemenceau, le préservatif remplace le couteau et marque la métamorphose du personnage de "Rambo", il perd le signe de sa virilité. Dans le film du Mas de Tesse, il est la massue avec laquelle on tape sur le sida pour le tuer.
- Le préservatif fétiche : le coffre fort dans le film de F. Fabre, la tirelire dans le film de J.

Vallot. La "fétichisation" du préservatif le détourne de sa fonction sexuelle. Les adolescents se masquent derrière cet objet qui leur permet en fin de compte de ne pas parler directement des problèmes de sexualité. Le "signe" du préservatif suffit pour être accepté dans le groupe, il est brandit, banalisé, intégré dans les gestes de la vie quotidienne (F. Fabre). Mais cela ne signifie pas évidemment que les adolescents l'utilisent, ni même l'associe à son usage premier.

- Le préservatif "mot de passe" : le discours autour du préservatif fait que la relation devient (redevient) possible :

"Est-ce que tu as du feu ? non, mais j'ai un préservatif" (F. Fabre)

"C'est comme ça que je t'aime" (F. Fabre)

c) Les regards

L'attention au regard de l'autre ou l'absence de regard montrent l'importance que semblent donner les adolescents à la relation avec l'autre ou à l'image de soi. La mort passe par le regard. Le sida passe et il a un regard qui tue (Mas de Tesse) comme le regard de celle qu'on aime dans la chanson M. Lavoine. Le sida est associé à l'amour et à la mort. On retrouve aussi le mythe de Gorgone qui porte la mort dans les yeux.

Mais c'est également l'absence de regard, l'ignorance de l'autre, le refus de regarder en face une réalité certes terrible mais contre laquelle on ne pourrait lutter en ouvrant les yeux : Rambo se cache les yeux face au fantôme qui personnifie le sida dans le film de Georges Clemenceau.

Le miroir qui réfléchit l'image de soi (F. de Lesseps), une image morcelée où l'on ne se reconnaît plus soi-même, signe d'un bouleversement profond. Enfin, le regard qui remplace les mots, le manque de mots de l'adolescent.

Le travail d'animation avec la vidéo met en évidence le regard du groupe adolescent, c'est-à-dire des groupes ateliers, avec des effets de filtres et de loupes, résultat de la dynamique de groupe : compromis, discussions, consensus présentant le sida comme : le regard qui tue, le regard aveugle, la mort rouge, la féminisation de la menace (dans tous les clips, le sida est représenté par une femme). Mais c'est à partir de ces représentations qu'il a été possible d'apporter par la confrontation avec d'autres adolescents ou avec des adultes, des éléments de réflexion susceptibles de corriger des idées fausses ou de compléter certaines représentations de la maladie. Ce travail a été effectué pendant la phase de diffusion.

1.2.2.3. Phase de diffusion des clips

La diffusion des clips au sein des établissements avait pour objectif de créer des situations de communication en favorisant les interactions entre les adolescents ayant participé à l'élaboration des clips et les autres élèves des lycées. Elle permettait ainsi d'optimiser par l'intervention d'experts, les phénomènes d'ajustement.

La phase de diffusion s'est déroulée en deux temps :

- a) par la présentation des clips dans les classes avec la présence des élèves de l'atelier vidéo,
- b) par l'organisation de débats auxquels ont été invités à la demande des adolescents, plusieurs spécialistes.

1.2.2.3.1. Présentation des clips

Dans tous les établissements concernés, les élèves des ateliers ont présenté leur clip dans leur classe et généralement au centre de documentation pédagogique. Plusieurs projections par petits groupes ont été organisées sur une durée de 45 mm à une heure en fonction des discussions engagées. Les films ont bien été accueillis par les élèves, mais ceux-ci ont généralement été surpris par l'absence d'informations sur le sida. L'intention des réalisateurs n'a pas toujours été bien comprise, mais leur présence a permis de donner les explications nécessaires et de recueillir des critiques ou des suggestions pour l'amélioration du montage et des illustrations musicales.

Les questions ont le plus souvent été ciblées sur la réalisation des clips que sur le sida : "comment avez-vous filmé ?, que signifie cette scène ?... Les jeunes ont alors plus facilement échangé leur expérience du tournage que leur propre démarche par rapport aux problèmes du sida. Il semble que la présence des adultes, notamment des professeurs, ait parfois limité les échanges sur la question du sida. Il est évident d'autre part, qu'en fonction des capacités d'expression des élèves, ceux-ci ont réussi plus ou moins à échanger leurs opinions et à susciter un réel débat à partir des films. Mais l'essentiel est d'avoir permis aux autres élèves de repérer les adolescents et les adultes ayant participé aux clips, de manière à pouvoir continuer les discussions en dehors de la classe, ou à organiser d'autres projections dans les ateliers vidéo. Les équipes vidéo ont joué (adultes et adolescents réunis) ici un rôle de relais, non au niveau de l'information, mais au niveau de leur expérience, ce à quoi nous nous attendions effectivement. La diffusion de cette dynamique a permis de susciter également des réactions positives de la part des professeurs non impliqués mais également des proviseurs. Par exemple, le proviseur du lycée de Lodève d'abord réticent, à lui-même encouragé les diffusions dans son établissement, libéré les élèves concernés afin qu'ils puissent être présents, enfin il a accepté la venue de spécialistes et l'organisation de débats impliquant l'ensemble du lycée.

Afin d'optimiser la dynamique de relais, nous avons proposé aux adolescents des ateliers, de collecter toutes les questions suscitées à partir de la diffusion des films, et d'organiser des débats avec la présence de spécialistes de manière à ce qu'ils puissent répondre aux questions posées.

1.2.2.3.2. L'organisation des débats

L'organisation des débats a permis d'évaluer l'impact de la stratégie. Or, dans tous les lycées qui ont participé et dans lesquels il a été possible de produire des documents vidéo (8 établissements sur 10), les responsables des établissements et les équipes d'encadrement se sont donnés les moyens d'organiser avec l'aide de l'animateur des débats impliquant les élèves intéressés et des intervenants extérieurs.

L'organisation de ces débats a été préparée avec la collaboration très active des élèves des ateliers et avec l'aide d'autres jeunes intéressés.

** Au lycée professionnel G. Clemenceau*

Ce sont les élèves eux-mêmes qui ont organisé les débats, invité les intervenants et le proviseur de l'établissement, installé la salle et les équipements (sonorisation, installations vidéo).

Plusieurs spécialistes ont été invités :

- Monsieur G. Romano, Président de l'association AIDES Montpellier
- Dr J.-P. Vendrell, immunologue
- Mme Parena, infirmière de la consultation départementale des M.S.T.

Une soixantaine d'élèves étaient présents au moment de la réunion. Les questions recensées par les adolescents animateurs au fur et à mesure du débat étaient transmises aux intervenants. Les adolescents ont essentiellement axé le débat sur la prise en charge des malades et des séropositifs, et sur les conséquences psychosociales de la maladie. De nombreuses questions concernant la prévention, l'utilisation des préservatifs et le dépistage, ont été posées. En outre, les adolescents ont mis en cause le prix des préservatifs et la difficulté parfois de s'en procurer. Ils ont proposé au proviseur du lycée d'installer des distributeurs de préservatifs dans l'établissement. Le proviseur s'est engagé à répondre à cette demande.

* Au lycée F. Fabre

L'impact a dépassé ici le cadre du lycée. La présentation du clip vidéo et l'organisation du débat ont été programmées à Bédarieux, hors du lycée, dans une salle municipale. L'entrée réservée en priorité aux élèves de l'établissement était cependant ouverte à toute personne intéressée même étrangère au lycée. Le proviseur du lycée a libéré toutes les classes pour que les élèves puissent participer.

Deux intervenants étaient invités :

- Dr M. Andary, immunologue
- un représentant de l'association AIDES.

Ce dernier n'ayant pu venir, l'animateur (membre de AIDES) a répondu aux questions concernant l'association.

150 personnes (élèves, professeurs et personnels éducatifs, des parents) étaient présentes.

Le nombre important de participants a limité les débats et l'implication des adolescents. Cependant de nombreuses questions ont été posées.

* Au lycée Joliot Curie

Nous avons décidé ici, d'organiser pendant une semaine, entre 12 h et 14 h des débats avec la présence de l'équipe vidéo, des intervenants et des petits groupes d'élèves (une trentaine de personnes), afin de faciliter la participation des élèves.

5 débats ont ainsi été organisés avec à chaque fois la participation de deux intervenants :

- un représentant de l'association AIDES Montpellier
- Dr Jallier, responsable du Centre de Consultation Départemental des M.S.T.

La répartition en petits groupes a favorisé la prise de parole et permis d'approfondir certaines questions relatives au vécu personnel des participants. Ils ont ainsi exprimé leur difficulté à parler avec leur petit ami ou petite amie, de l'utilisation éventuelle des préservatifs. Il semblerait que cette demande soit plus facile lorsqu'elle vient de la jeune fille et qu'elle est motivée pour une utilisation contraceptive. L'envisager pour se prémunir du sida semble plus problématique et soulève de nombreux obstacles : la peur de perdre la confiance de son (sa) partenaire, la peur d'être jugé comme appartenant à un groupe "à risque". Les participants ont demandé d'autre part de pouvoir discuter avec des malades ou des personnes séropositives, de leurs problèmes, c'est-à-dire à la fois de leur vécu, mais aussi de leur expérience quotidienne face au problème du sida.

La visite des locaux de AIDES et un repas à l'association avec les membres bénévoles ont été

organisés avec la participation d'une vingtaine d'adolescents. La satisfaction des participants qui reconnaissent avoir appris "énormément de choses" et pris conscience de la proximité de la maladie nous amène à penser que ces expériences devraient être renouvelées plus souvent.

* Au lycée du Mas de Tesse

Là encore, un groupe d'élèves avec l'aide de l'équipe vidéo a pris en charge l'organisation et le déroulement d'une journée sida : visite guidée de l'exposition, présentation du clip dans le hall de l'établissement et débat organisé en soirée.

Plusieurs intervenants ont été invités :

- Mr G. Romano, président de l'association AIDES Montpellier
- Pr J. Clot, immunologue
- Mme Parena, infirmière de la consultation Départementale des MST
- un représentant de la Fédération des pharmaciens.

La présence d'un petit groupe, une quarantaine de personnes, a permis également une discussion riche et intéressante. La présentation du clip a suscité de nombreuses interrogations de la part des adultes présents : "pourquoi avoir représenté le sida par la couleur rouge ? la mort foudroyante de chaque personnage du groupe pourrait faire penser que le sida est une maladie épidémique, pourquoi avez-vous choisi cette représentation ?, le préservatif est-il le seul moyen de se prémunir contre le virus HIV, faut-il l'utiliser tout le temps, pourquoi n'avez-vous pas parlé de la toxicomanie ?"

Un débat s'est donc engagé avec le groupe vidéo, ce qui a permis de susciter une réflexion à partir des points essentiels : le sida est une maladie transmissible, mais non contagieuse dans la vie quotidienne ; l'utilisation des préservatifs ne semble pas aussi facile ni systématique ; comment sensibiliser les jeunes, quels sont les messages à transmettre ? les jeunes reconnaissent que les spots télévisés de prévention du sida ne les concernent pas, ils reconnaissent également que l'utilisation du préservatif pose des problèmes et qu'il faudrait en parler.

Le même schéma d'organisation et les mêmes thèmes ont généralement été abordés dans les autres lycées :

- Au lycée F. de Lesseps, une trentaine d'élèves ont participé au débat avec la collaboration du professeur de vie sociale et familiale et un intervenant : le Docteur Rodière (maladies infectieuses du CHR de Montpellier).
- Au lycée J. Vallot, les classes de seconde, première et terminale ont participé à une journée

sida : présentation du clip, intervention d'un chercheur dans les classes de philosophie et de sciences naturelles en relation avec le programme scolaire. Organisation d'un débat en soirée avec les élèves intéressés et plusieurs intervenants : un représentant de l'association AIDES et le Dr Schwed (maladies infectieuses à l'hôpital de Nîmes).

- Au lycée professionnel M. Audoux, organisation d'un débat à partir du clip vidéo avec la présence des élèves intéressés et de l'équipe vidéo qui avait invité plusieurs intervenants : Dr Deveze, gynécologue, Mme Parena, déjà citée.

Les questions ont concerné les activités professionnelles et les risques de sida dans les métiers de la coiffure, d'autres questions ont été posées sur la maternité et les risques de contamination foëto-maternelle.

- Au lycée A. Loubatières, uniquement les classes des professeurs impliqués dans le déroulement de la stratégie (professeur de philosophie, d'économie et de sciences naturelles) ont pu participer au débat organisé avec le concours des représentants de l'association AIDES et de Mme le Dr Jallier, responsable du Centre de Consultation Départemental des M.S.T.

1.2.3. En guise de bilan qualitatif

Dans tous les établissements concernés, les équipes vidéo se sont impliquées dans une recherche d'information à partir des documents mis à leur disposition et ont été sensibilisées aux problèmes du sida.

Ils ont privilégié en règle générale les sources d'information provenant des spécialistes et en particulier des médecins mais aussi des associations qui ont une expérience directe auprès des malades ou des séropositifs. Ils ont en outre souvent demandé à rencontrer directement des personnes concernées par les problèmes du VIH.

L'utilisation de la vidéo, en favorisant la dynamique du groupe, a permis d'intensifier en fin de compte l'implication des groupes face au problème du sida et ceux-ci se sont sentis investis d'une mission de diffusion.

Cette implication a été favorisée par :

- des techniques d'expression : discussions filmées, jeux de rôle donnant la possibilité aux adolescents d'expérimenter des situations fictives, de faire jouer leur imaginaire, bref, de favoriser un questionnement personnel et parfois une remise en cause personnelle,
- la réalisation et le tournage des clips : l'avancement des projets a souvent provoqué une

restructuration des groupes autour du sujet traité, d'où se sont dégagés des leaders qui ont joué un rôle déterminant pour la dynamique de relais.

Cependant, le court laps de temps entre la phase de production et la phase de diffusion des clips n'a pas permis aux groupes des ateliers de prendre suffisamment de recul par rapport à leurs créations, et d'achever entièrement un processus d'évaluation :

- évaluation des connaissances acquises
- évaluation de la maturation (effets d'ajustement à partir des représentations).

Pour ces raisons, la dynamique de relais reste difficile à évaluer. Certains groupes ont parfaitement réussi à communiquer leur propre expérience, et à susciter chez d'autres adolescents, un questionnement à partir de la projection des clips. D'autres y sont moins bien parvenus et cela malgré l'intervention des adultes relais qui ont essayé de faciliter autant que possible, les problèmes d'organisation en optimisant les possibilités de communication. Il est vrai également que celles-ci ont été parfois extrêmement limitées (lycée A. Loubatières, M. Audoux, J. Vallot) du fait des problèmes propres à l'établissement concerné : manque de locaux, indisponibilité des élèves et des adultes d'encadrement liée à l'emploi du temps.

En règle générale, au vu des observations, on peut dire que les adolescents des ateliers ont joué à travers les leaders, un rôle de relais, non au niveau des informations, mais au niveau de l'expérimentation de leur démarche, suscitant ainsi d'autres expériences.

Ainsi, les ateliers vidéo mis en place dans le cadre de l'expérience sida ont, pour la plupart, continué à fonctionner avec d'autres élèves dans le cadre d'autres projets de santé et de prévention.

Il semble que l'organisation du concours qui s'est déroulé fin juin 1989 a permis de renforcer l'implication des établissements et a largement valorisé les groupes d'adolescents. Cependant la diffusion des clips ne doit pas être envisagée systématiquement en dehors des établissements. C'est-à-dire hors du contexte social dans lequel les films ont été réalisés.

L'analyse de la **faisabilité**, même s'il y a eu des obstacles et des difficultés notamment pour la mise en œuvre de la dynamique de relais à partir des groupes des ateliers, montre que cette stratégie peut être renouvelée pour d'autres expériences de prévention. Il conviendrait alors de constituer les groupes d'atelier s'efforçant toujours de s'assurer de la participation des leaders déjà existant et qui ont une audience parmi leurs camarades.

Le rôle de l'animateur extérieur nous est apparu fondamental et très productif. Aussi le principe du soutien continu qu'il apporte devrait être maintenu. Si les adultes d'encadrement ont facilité l'organisation technique du programme, il s'est avéré en pratique que leur manque de disponibilité a souvent été un obstacle pour le déroulement des ateliers supportés en grande partie par l'animateur. En outre l'intervention d'un animateur spécialisé par exemple dans les techniques audio-visuelles a permis de finaliser le projet d'animation et de produire des documents, essentiels ici pour la mise en œuvre du programme.

1.3. Les enquêtes

1.3.1. Modalités de l'évaluation par questionnaires

1.3.1.1. *Le plan d'expérience*

Le projet initial d'évaluation prévoyait de faire une enquête avant et une enquête après l'action (un an plus tard) en essayant de réinterroger les mêmes élèves. Notre intention était d'apparier les données avant et après afin de gagner en puissance ($1 - \beta$ élevé)¹ pour pouvoir mettre en évidence des différences d'attitude et de comportement dont nous savions qu'elles seraient vraisemblablement faibles.

Le plan d'expérience envisagé consistait à comparer quatre séries appariées deux à deux

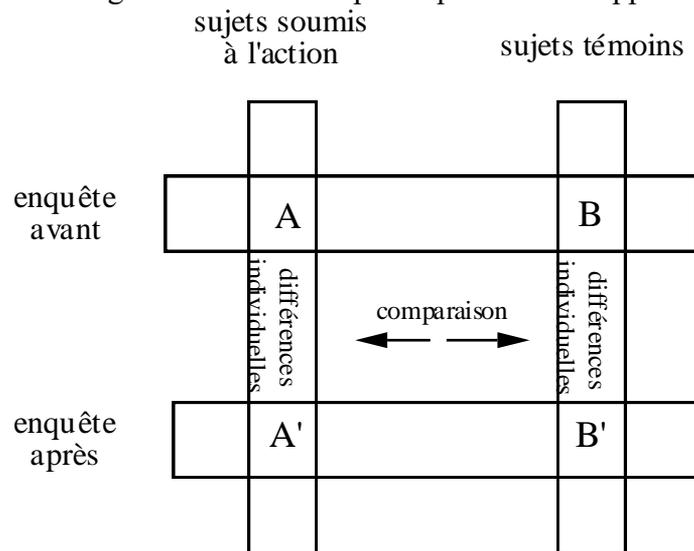


Figure (1.3.1.1) 1

Comparaison de quatre séries quantitatives appariées deux à deux

¹ En effet, un test sur des séries appariées utilise une variance qui ne prend en compte que la variation intra sujet dans la variation inter sujet. Un tel test avec une variance plus petite intervenant au dénominateur d'une expression, est plus apte à mettre en évidence une différence donnée, si celle-ci existe réellement.

Dans un tel plan, si la variable étudiée est quantitative, la moyenne des différences individuelles mesurées entre A et A' doit être comparée à celle des différences mesurées entre B et B'. C'est la situation illustrée par la figure (1.3.1.1) 1. Si la variable est qualitative binaire, on compare entre groupe avec action et groupe témoin la fréquence des changements dans un sens donné. On peut aussi comparer A et A' d'une part et B et B' d'autre part au moyen d'un test de symétrie de Q. MAC NEMAR [93]. Mais on ne peut alors conclure que si le test est significatif entre A et A' et non significatif entre B et B'. Il serait hasardeux de conclure en comparant les degrés de signification des deux tests.

La technique d'appariement impliquait de pouvoir repérer les questionnaires sans révéler l'identité de leurs auteurs. Nous avons donc mis au point une technique d'anonymat qui sera décrite dans le § 1.3.1.2. Les informations données par les chefs d'établissement laissaient prévoir un mouvement des élèves relativement faible d'une année sur l'autre, ce qui permettait d'espérer pouvoir retrouver 80 % des élèves environ ensemble dans la classe supérieure l'année suivante.

En fait nous avons été confrontés à quelques difficultés :

- Les autorisations, le soutien et la contribution des administrations (tant au niveau local des lycées que central au rectorat) réclament de longues négociations pour expliquer et convaincre. La grande majorité des refus ou réticences est due à un manque d'information. Si la première enquête a été bien acceptée et s'est parfaitement déroulée du fait d'un gros investissement en temps de communication avec les administrations, en revanche la deuxième enquête est survenue en pleine préparation de la conférence d'experts que nous évoqueront au § 3.3.1. Aussi bien les chefs d'établissement n'ont pas pu être contactés individuellement pour leur soumettre et leur commenter le nouveau questionnaire. Ceci explique par exemple, que l'un d'entre eux ne comprenant pas l'intérêt de certaines questions, qui lui paraissaient de ce fait déplacées, ait simplement refusé que son établissement participe à la deuxième enquête.
- Du fait du caractère expérimental et innovant de ce projet, ce n'est qu'après la première enquête et au cours du déroulement de l'action que certains paramètres nous sont apparus importants à mesurer. Ce phénomène n'est pas nouveau et E. ZIGLIO [125] le signale lorsqu'il évoque l'évolutivité observée au cours de leur mise en œuvre, des programmes pilotes en éducation pour la santé.

- Si la technique d'anonymat a été acceptée par tous les lycéens, un proviseur, conseillé par le médecin de santé scolaire de son établissement, l'a remis en cause en proposant une autre méthode, qui tout en offrant moins de garanties, soulevait de gros problèmes d'homogénéité avec le reste de l'enquête.
- Pour des raisons que nous détaillerons au § 1.3.3, la deuxième enquête s'est déroulée tardivement dans l'année scolaire 88-89, à un moment où les administrations des lycées étaient très occupées par les conseils de classe de fin d'année et l'approche des examens. Il a donc été difficile, voire parfois impossible de faire une recherche systématique des classes regroupant les élèves interrogés l'année précédente.

Ces différentes difficultés nous ont donc conduits à envisager deux autres plans d'expérience utilisant des échantillons indépendants. Le premier traitant les questions présentes dans les deux enquêtes et le second destiné à l'analyse des questions figurant uniquement dans la deuxième enquête.

Le premier plan est illustré par la figure (1.3.1.1) 2. Il consiste à considérer deux tableaux de contingence, respectivement (A, A') et (B, B'), comme deux strates d'une population, puis à tester l'homogénéité entre strates.

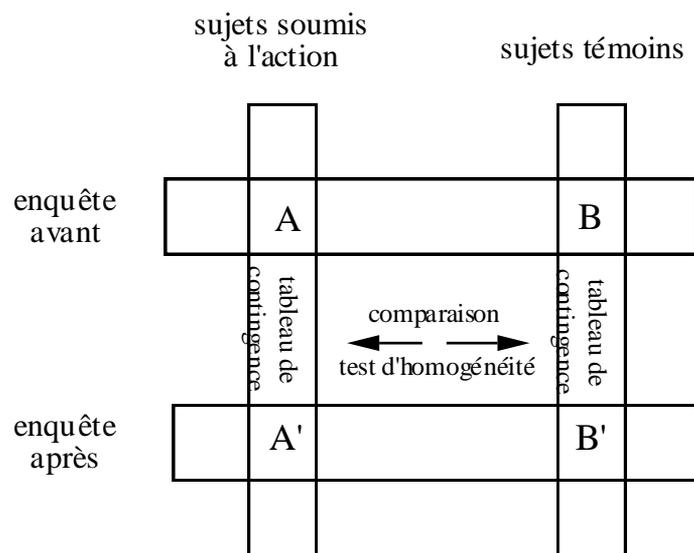


Figure (1.3.1.1) 2)

Comparaison de deux tableaux de contingence

Le deuxième plan illustré par la figure (1.3.1.1) 3 consiste à faire l'hypothèse (à vérifier) que grâce au tirage au sort des établissements soumis à l'action, les deux populations en A et B sont identiques. On compare alors les populations après l'action (A' et B') sur les critères spécifiques à la deuxième enquête pour lesquels on admet, d'après l'hypothèse précédente, qu'ils auraient pris des valeurs identiques en A et B.

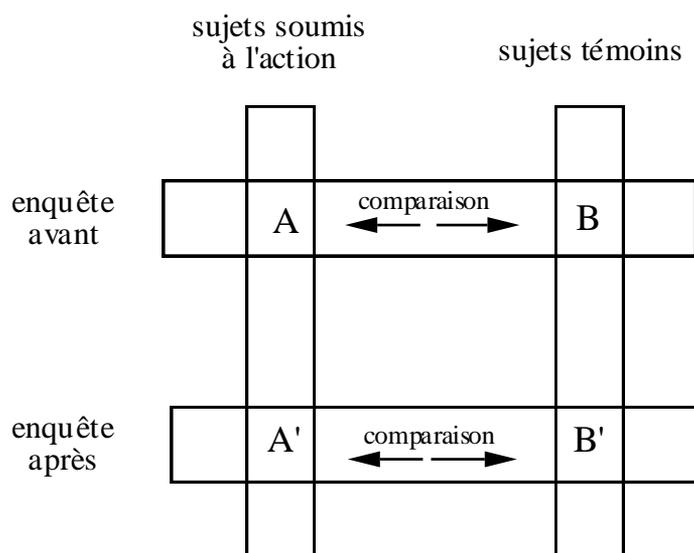


Figure (1.3.1.1) 3

Double comparaison action-témoin sur échantillons indépendants

Il convient enfin de bien noter le rôle de chacun des deux tirages au sort qui interviennent dans cette expérience.

Le premier tirage au sort présenté au § 1.1.5 est un **tirage au sort d'affectation**. Il concerne des établissements. Parmi tous les lycées du département de l'Hérault, certains ont été affectés de façon aléatoire au groupe bénéficiant de l'action, les autres ont été affectés au groupe témoin.

Le deuxième tirage au sort décrit au § 1.3.2.1.1 est un **tirage au sort d'échantillonnage en grappes**. Il concerne des classes considérées comme grappes. Il s'agit ici de déterminer l'échantillon de lycéens qui va faire l'objet de l'enquête. Cet échantillon se subdivise en un sous échantillon extrait de la population soumise à l'action, et en un sous échantillon extrait de la population témoin.

Ces deux tirages au sort aux finalités distinctes et portant sur des unités de natures totalement différentes (établissements ou classes) sont donc parfaitement indépendants.

1.3.1.2. La technique d'anonymat

La technique d'anonymat que nous avons élaborée repose sur une identification du questionnaire par un numéro d'ordre. Comme il était illusoire de demander aux adolescents de retenir leurs numéros d'ordre (compris entre 1 et 3500), d'une année sur l'autre, nous avons demandé aux adolescents de remplir une feuille d'identité mentionnant : nom, prénom, âge. Cette feuille d'identité qui comportait un numéro d'ordre pré-imprimé était agrafée au questionnaire, les élèves devaient détacher eux-mêmes la feuille d'identité et rendre séparément l'un et l'autre qui étaient placés dans des enveloppes distinctes, scellées devant eux. Les questionnaires et les feuilles d'identité devaient être ensuite manipulés par des équipes différentes, saisis et traités sur des ordinateurs différents ou sur des comptes distincts d'un même ordinateur. Les feuilles d'identité devaient alors servir uniquement à construire une matrice à deux colonnes permettant de repérer sur une même ligne les numéros avant et après des questionnaires d'un même élève (non identifié).

1.3.1.3. La pré-enquête

Les objectifs de la pré-enquête étaient les suivants :

- Faisabilité du questionnaire :
Notre but était d'évaluer le temps mis par les adolescents pour remplir le questionnaire et de tester les modalités pratiques de sa mise en œuvre.
- Compréhensibilité du texte par les élèves.
- Acceptabilité de la technique d'anonymat proposée.
- Recueil de quelques informations sur la représentation du sida chez les adolescents montpelliérains.

Le premier questionnaire élaboré dans ce but était le résultat d'un travail de groupe réunissant :

- l'équipe de recherche,
- 4 étudiants de première année d'IUT, dans le cadre d'un stage de formation aux enquêtes,
- des "adultes-relais" ayant reçu une formation spéciale à propos du sida et de l'infection par

le virus HIV. Parmi eux, se trouvaient : un proviseur de lycée, un médecin de santé scolaire, un conseiller d'éducation, un professeur de sciences naturelles.

1.3.1.3.1. La mise en œuvre de la pré-enquête

Cette pré-enquête a touché 234 élèves répartis dans 8 classes de terminale (scientifiques, littéraires et techniques) prises dans les 4 grands lycées publics d'enseignement long de Montpellier. Cet échantillon ne prétendait aucunement être représentatif de la population que nous voulions étudier. Les résultats de cette pré-enquête ne peuvent donc en aucun cas être généralisés.

L'intervention a été réalisée durant le mois de mai 1987, par les 4 étudiants d'IUT cités plus haut, au niveau des classes retenues. Ils étaient le plus souvent accompagnés par le médecin épidémiologiste, qui, après le ramassage des questionnaires, a eu un entretien de vingt à trente minutes avec les adolescents sur l'enquête, et sur le questionnaire, ses imprécisions, ses lacunes, ses objectifs (mais pas sur le sida, à proprement parler). C'est d'après les réflexions des adolescents que certaines questions ont été rajoutées ou modifiées.

En règle générale, les équipes ont été bien accueillies.

Le questionnaire était composé de 22 questions portant sur les connaissances à propos du sida, sur les attitudes et comportements face au sida, et de 3 questions portant sur l'anonymat.

1.3.1.3.2. Les conclusions de la pré-enquête

• Faisabilité :

Le questionnaire a été rempli en 30 à 40 minutes après 10 à 15 minutes de présentation.

La taille de la salle est apparue comme un paramètre à prendre en compte, car la promiscuité pouvant remettre en cause la sincérité des réponses. Certains élèves ont même rempli le questionnaire ensemble, ce qui a parfois donné lieu à des sourires ou à des plaisanteries.

• Compréhension

Presque toutes les questions ont été bien comprises par la majorité des élèves qui nous ont tout de même interrogé sur la signification à donner à certains énoncés : nuance entre séropositif et

malade,... Il est certain qu'une réponse des enquêteurs dans une classe (et pas dans les autres) pouvait introduire un biais. Le questionnaire a été bien reçu et le plus souvent rempli de façon attentive et sérieuse.

• ***L'anonymat***

La technique garantissant l'anonymat a semblé convaincre le plus grand nombre : 91 % des élèves interrogés se sentaient suffisamment en confiance pour répondre à toutes les questions du questionnaire. Cependant, seulement 80.1 % auraient été prêts à remplir le papillon détachable d'identité dans la forme proposée.

La qualité de l'analyse statistique aurait alors été sérieusement pénalisée puisque 20 % des questionnaires n'auraient pu être appariés.

Il est donc apparu important :

- d'une part de rechercher des termes clairs, simples et convaincants pour exposer la technique aux élèves,
- d'autre part, d'affiner la technique en séparant nettement l'établissement de la matrice de correspondance des numéros d'ordre permettant l'appariement et le traitement des questionnaires.

• ***Informations sur la perception du sida par les adolescents***

Comme nous l'avons dit plus haut, les résultats de ce questionnaire ne peuvent que nous donner quelques idées grossières car l'échantillon testé ne peut être considéré comme représentatif d'aucune population précise.

Bien que les deux tiers (62 %) des élèves estiment qu'ils sont suffisamment informés, une grande majorité exprime un besoin d'information. En effet :

- 69.4 % proposent de rendre obligatoire l'information dans les établissements scolaires,
- 78,9 % proposent de mettre en place des centres d'information gratuits et facultatifs.

Nous voyons là une apparente contradiction avec les réponses déjà constatées par R.J. DICLEMENTE [44].

A l'affirmation :

«J'ai assez entendu parler du sida, et je ne veux pas en entendre davantage à ce sujet»,

28,9 % répondent "oui",

et 58,8 % répondent "non",

12.3 % répondent "je ne sais pas".

A l'affirmation :

«Il est important que les étudiants s'instruisent à propos du sida, en classe d'éducation familiale et de vie sociale»

87,6 % répondent "oui"

5,8 % répondent "non"

et 6,6 % répondent "je ne sais pas".

Deux hypothèses semblent possibles :

- Un certain nombre d'adolescents s'estiment suffisamment informés, mais craignent que les autres ne le soient pas assez.
- Ces adolescents qui se disent suffisamment informés et qui préconisent jusqu'à une information obligatoire, expriment peut-être un doute inconscient sur leur propre connaissance de la maladie.

Nous avons pu constater que malgré cet intérêt porté à la maladie, les connaissances sont encore trop souvent imprécises. En effet, 29 % des adolescents ne savent pas que le sida est provoqué par un virus et uniquement par lui. Ce résultat est très proche des 29,7 % de R.J. DICLEMENTE [44]. Mais nous reviendrons plus loin sur les interprétations possibles de tels résultats.

De même, 30 % de nos adolescents (26 % de ceux qui s'estiment suffisamment informés) pensent qu'un sujet contagieux présente le plus souvent des signes cliniques qui permettent de le repérer ; quant au mode de contamination, si 98,7 % citent les rapports sexuels et 88,4 % les échanges de seringues souillées (ce qui est remarquable), par contre 35 % citent au moins un mode de contamination qui n'en est pas un, ce qui explique peut-être que 19 % conseillent l'isolement des malades en établissement spécialisé pour enrayer l'épidémie.

Cela nous invite à réfléchir à un type d'information qui devrait, non seulement amener les adolescents à se protéger, mais aussi à ne pas se livrer à une ségrégation inutile et douloureuse pour ceux qui en sont l'objet.

Remarquons enfin, qu'à la question : *«si vous désiriez un complément d'information sur le sida,*

à qui aimeriez-vous vous adresser plus particulièrement ?» plus de la moitié des adolescents (57,6 %) choisissent le médecin de famille, qui semble donc avoir un rôle important à jouer. Nous verrons dans l'analyse des résultats du questionnaire final que lorsqu'on propose la modalité "Médecin spécialiste du sida", 45 à 70 % retiennent cette modalité à la place de "médecin de famille". De même, 54,3 % des adolescents, aussi bien filles que garçons, parlent du sida avec leurs parents, et plus particulièrement avec la mère.

1.3.1.4. Elaboration du questionnaire final

1.3.1.4.1. Dans quel sens ont été faites les corrections

Certaines questions ont été reformulées de manière à être plus compréhensibles par les adolescents. Une seule question a été éliminée car totalement incomprise.

De nouvelles questions ont été introduites pour rééquilibrer la proportion selon leur nature (comportement, savoir, opinions...) et aussi pour compléter l'exploration du comportement sexuel et de l'usage des préservatifs.

L'amélioration du questionnaire s'est fondée sur l'exploitation de la modalité ouverte "autre, précisez" proposée pour la plupart des questions.

«*L'exhaustivité des mondes possibles*» que préconise R. GHIGLIONE [LP001D], (nous dirons en d'autres termes l'exhaustivité des modalités possibles de réponses à chaque question) est, nous semble-t-il, en grande partie assurée par :

- l'exploitation des réponses ouvertes ("autre, précisez") du questionnaire de la pré-enquête,
- l'expérience que les membres de l'équipe ont des adolescents et de l'univers de l'éducation,
- les entretiens avec les élèves lors de la pré-enquête.

1.3.1.4.2. Quelles personnes ont été consultées ?

Ce sont d'abord les parents d'élèves délégués par les présidents départementaux d'associations de parents d'élèves. En effet, le sujet amenant à poser aux adolescents des questions à caractère intime, il était important d'obtenir l'aval des parents d'élèves, de manière à ce qu'il n'y ait pas de problème lors de la mise en route de l'enquête.

Ce sont ensuite des personnes compétentes dans le domaine de la santé publique ou concernées par ce problème, tels que le conseiller technique du cabinet du Ministre délégué chargé de la

Santé et de la Famille, un Conseiller technique du cabinet du Secrétariat d'Etat chargé de l'Enseignement, un épidémiologiste de la Direction Générale de la Santé, un épidémiologiste de l'Observatoire Régionale de la Santé Ile de France ayant déjà mené une expérience du même type que la nôtre, et des chercheurs de l'Unité INSERM 265 de Lyon qui travaillent sur un projet semblable.

1.3.1.4.3. Description du questionnaire final

Le questionnaire final comportait 50 questions qui représentaient au total 165 items (nombre de choix à faire).(Voir Annexe 1, page 254).

Ces questions peuvent être classées selon les critères d'évaluation que nous avons cités plus haut.

- Questions sur l'environnement :

Ce sont des questions du type : Avez-vous facilement accès à :

- un Minitel ?
- un poste de télévision ?
- un poste de radio ?

- Questions évaluant les connaissances :

Elles sont du type : Une personne contagieuse présente-t-elle des signes apparents de sida ?

- Questions destinées à évaluer le comportement :

Exemple : Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

- Questions destinées à évaluer les attitudes :

Elles sont du type : Seriez-vous gêné(e) si lors d'un rapport sexuel un(e) partenaire occasionnel(le) vous demandait d'utiliser des préservatifs ?

Il apparait évident que certaines questions peuvent permettre d'évaluer en même temps plusieurs choses, les connaissances et les comportements par exemple.

Ce questionnaire final a été testé dans une classe de première de lycée et dans une classe de seconde (1^{ère} année de BEP) de lycée professionnel. Il est présenté en Annexe 2, page 269.

1.3.2. L'enquête avant l'action

1.3.2.1. Mise en œuvre de l'enquête

1.3.2.1.1. Tirage au sort de la population concernée par la première enquête

La base de sondage était constituée par l'ensemble de toutes les classes de première des lycées publics d'enseignement long de l'Hérault et de toutes les classes de première année de BEP des lycées publics d'enseignement professionnel de l'Hérault. Ce choix du niveau, contrairement à celui des terminales dans la pré-enquête, correspondait à la volonté de pouvoir interroger à nouveau les élèves dans l'établissement, l'année suivante. Nous avons choisi des premières années de BEP (classe de seconde) afin d'avoir une classe d'âge à peu près identique à celle des premières de l'enseignement long. En effet le plus souvent les enfants fréquentant un lycée professionnel ont un an de plus à niveau correspondant. Sur 26 établissements recensés, nous avons mis à part 6 petits établissements : A. Loubatières (Agde), J. Vallot (Lodève), F. Fabre (Bédarieux), M. Audoux (Montpellier), St. Clair (Sète), Lycée professionnel de St. Pons. Au sein des 20 établissements restant représentant 187 classes (enseignement long et professionnel), 93 classes ont été tirées au sort. Il s'agit donc d'un tirage au sort en grappes à un degré, les grappes étant les classes. Nous n'avons pas voulu multiplié les degrés pour ne pas avoir à mettre en œuvre des méthodes trop complexes au moment de l'analyse statistique.

Pour les six petits établissements (trois classes au plus) nous avons pratiqué un tirage au sort des classes, stratifié sur les établissements afin de s'assurer que ces établissements soient représentés, 12 classes sur 18 ont été tirées. Seul un établissement (de taille intermédiaire) n'a eu aucune classe tirée et n'est donc pas représenté dans l'échantillon.

Les tableaux (1.3.2.1.1) 1 et (1.3.2.1.1) 2 indiquent le nombre de classes tirées au sort pour chaque établissement.

Tableau (1.3.2.1.1) 1
Classes tirées au sort pour l'évaluation
(enseignement long)

DISTRICTS et nombre de classes	LYCEES (Nombre de classes tirées au sort/Nombre total de classes)	
LUNEL (4/10)	Lycée Louis FEUILLADE (Lunel)	(4/10)
MONTPELLIER (41/84)	Lycée JOFFRE Lycée G. CLEMENCEAU <u>Lycée MAS DE TESSE</u> Lycée J. MERMOZ	(9/18) (6/15) (10/20) (16/31)
SETE (9/17)	Lycée Paul VALERY (Sète) <u>Lycée JOLIOT CURIE (Sète)</u>	(2/6) (7/11)
PEZENAS (7/17)	<u>Lycée A. LOUBATIERES</u> (Agde) Lycée R. GOSSE (Clermont l'Hérault) <u>Lycée Joseph VALLOT</u> (Lodève) Lycée J. MOULIN (Pézenas)	(1/3) (3/6) (2/2) (1/6)
BEZIERS (8/15)	<u>Lycée F. FABRE</u> (Bédarieux) <u>Lycée HENRI IV</u> (Béziers) Lycée J. MOULIN (Béziers)	(1/2) (3/5) (4/8)
TOTAL (65/133)	en gras les lycées tirés au sort pour la stratégie.	

Tableau (1.3.2.1.1) 2
Classes tirées au sort pour l'évaluation
(enseignement professionnel)

DISTRICTS et nombre de classes	LYCEES (Nombre de classes tirées au sort/Nombre total de classes)	
LUNEL (1/2)	Lycée Louis FEUILLADE (Lunel)	(1/2)
MONTPELLIER (17/32)	<u>Lycée MAS DE TESSE</u>	(2/5)
	<u>Lycée professionnel G. CLEMENCEAU</u>	(2/15)
	<u>Lycée professionnel M. AUDOUX</u>	(1/2)
	<u>Lycée professionnel J. MERMOZ</u>	(7/12)
	Lycée professionnel LA COLLINE	(3/4)
SETE (6/9)	Lycée professionnel LA PAILLADE	(4/4)
	Lycée professionnel SAINT CLAIR (Sète)	(3/3)
PEZENAS (7/9)	<u>Lycée JOLIOT CURIE (Sète)</u>	(3/6)
	<u>Lycée A. LOUBATIERES (Agde)</u>	(1/3)
	<u>Lycée Joseph VALLOT (Lodève)</u>	(1/1)
BEZIERS (8/15)	Lycée professionnel de PEZENAS	(5/8)
	Lycée professionnel (Bédarieux)	(0/4)
	<u>Lycée professionnel F. de LESSEPS (Béziers)</u>	(3/4)
	Lycée professionnel J. MOULIN (Béziers)	(4/12)
TOTAL (40/72)	Lycée professionnel de SAINT PONS (St Pons)	(2/2)
	en gras les lycées tirés au sort pour la stratégie.	

Rappelons que ce tirage au sort est totalement indépendant de celui qui a déterminé les établissements qui ont bénéficié de l'implantation de la stratégie. Simplement, il faut remarquer que sur les 105 classes tirées au sort, 60 appartiennent à un établissement tiré au sort pour la stratégie. L'échantillon témoin est donc constitué par les 45 autres classes.

1.3.2.1.2. Les enquêteurs

Le groupe des enquêteurs étaient constitué par

- des médecins de Santé Scolaire
- des infirmières d'établissement

- des infirmières de Santé Scolaire
- une interne des hôpitaux de Montpellier
- un médecin épidémiologiste coordinateur
- une assistante sociale scolaire
- une secrétaire de santé scolaire
- un PEGC lettres-histoire
- un conseiller pédagogique d'éducation
- un conseiller d'éducation
- un surveillant d'externat.

Toutes ces personnes ont été formées soit au cours de réunions animées par un ou plusieurs membres de l'équipe de recherche, soit sur place par le médecin épidémiologiste ou l'interne, de manière à ce que le déroulement de l'enquête soit le plus uniforme possible. En particulier une note intitulée : "Recommandations aux enquêteurs" était commentée (voir Annexe 2, page 269). Elle contenait plus particulièrement des explications sur la façon de présenter la technique de l'anonymat, sur la conduite à tenir dans le cas où les élèves poseraient des questions, sur le temps à respecter pour remplir le questionnaire, afin que tous les enquêteurs interviennent de façon semblable.

1.3.2.1.3. La réalisation pratique de l'enquête et description de son déroulement

La première enquête, c'est-à-dire celle précédant la mise en route de la stratégie éducative, a été réalisée entre le 7 mars 1988 et le 1^{er} avril 1988. Donc sur un laps de temps relativement court.

Les questionnaires ont été distribués dans les classes par un des enquêteurs après une présentation brève.

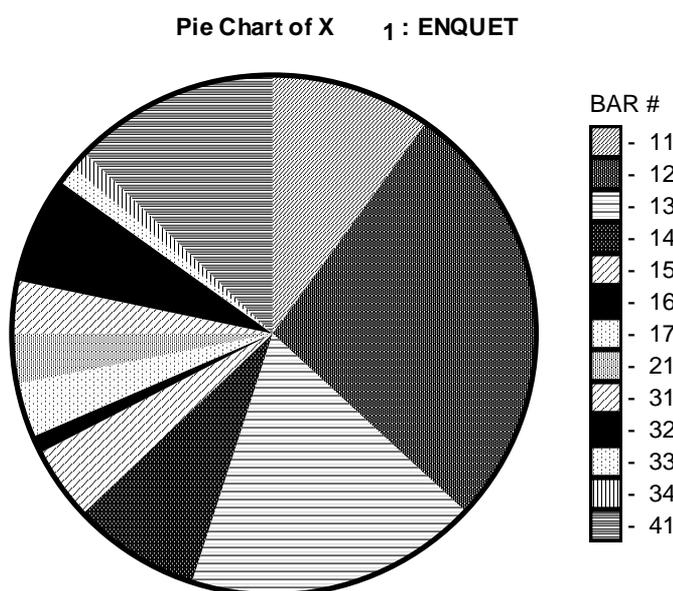
A la fin de l'interrogation, les feuilles d'identité et les questionnaires étaient mis pour chaque classe dans deux enveloppes séparées lesquelles étaient scellées devant les élèves, puis contresignées par un élève de la classe et par l'enquêteur à cheval sur l'enveloppe et le rabat. Une bande adhésive transparente était alors appliquée sur ces signatures, en guise de sceau, de manière à garantir la non ouverture de l'enveloppe au sein de l'établissement.

Le respect de l'anonymat a rarement été mis en doute par les élèves moins d'une dizaine d'élèves pour près de trois mille interrogés. Les personnes ayant émis les réserves les plus significatives ont toujours été des adultes (deux médecins de santé scolaire, un proviseur).

Les enquêteurs avaient pour consigne de remplir après chaque interrogation d'une classe, un "compte rendu d'interrogation" (voir Annexe 3, page 273).

L'étude des comptes-rendus d'interrogations, nous donne les résultats suivants :

- Nous disposons seulement de 94 comptes-rendus, soit 86,2 % du total des classes interrogées. La figure (1.3.2.1.3) 1 indique le corps d'appartenance des enquêteurs.



Codes enquêteurs

11 - Médecin épidémiologiste responsable	21 - PEGC Lettres-histoire
12 - Médecin de santé scolaire	31 - Conseiller Principal d'Education
13 - Infirmière d'établissement	32 - Conseiller d'Education
14 - Infirmière de santé scolaire	33 - Principal adjoint
15 - Assistance sociale	34 - Surveillant d'externat
16 - Interne de Montpellier	41 - Documentaliste
17 - Secrétaire de santé scolaire	

Figure (1.3.2.1.3) 1

Répartition des classes selon le corps d'appartenance de l'enquêteur

- Le nombre d'absents par classe lors de l'enquête est présenté dans la figure (1.3.2.1.3) 2 et le tableau (1.3.2.1.3) 1.

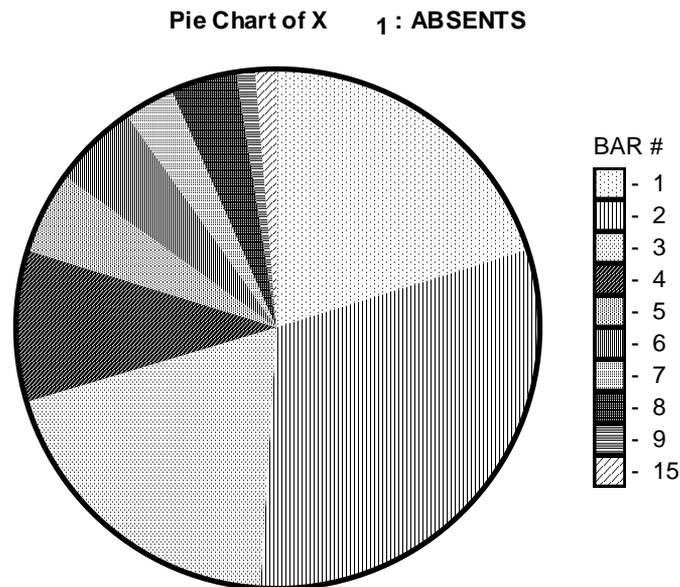


Figure (1.3.2.1.3) 2
Distribution du nombre d'absents par classe

Les codes à droite de la figure représentent le nombre d'absents plus un : 1 pour 0 absent, 2 pour 1 absent..., 15 pour 14 absents.

Tableau (1.3.2.1.3) 1
Moyenne, écart-type du nombre d'absents par classe

X₁ : ABSENTS					
Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:	Variance:	Coef. Var.:	Count:
2.181	2.328	.24	5.419	106.737	94
Minimum:	Maximum:	Range:	Sum:	Sum Squared:	# Missing:
0	14	14	205	951	0

Cependant, nous devons interpréter ces chiffres avec prudence car au moment où nous avons effectué l'enquête, des grèves dans la fonction publique étaient à l'origine d'un assez fort absentéisme.

Dans une classe seulement, un enquêteur nous a signalé que deux élèves présents avaient refusé de remplir le questionnaire. Nous n'avons pas pu connaître les raisons de ce refus.

- Dans le compte-rendu d'interrogation, nous demandions aux enquêteurs de fournir la liste des élèves absents. Celle-ci n'a pas été fournie pour 20 classes sur les 94 pour lesquelles nous disposons des comptes-rendus, soit 21,2 %. Notons ici, que si certaines listes manquent, c'est que les enquêteurs qui avaient mis en doute la technique d'anonymat proposée, ont refusé de nous les fournir.
- L'étude de la durée de la présentation du questionnaire et de la durée de l'interrogation aux tableaux (1.3.2.1.3) 2 et (1.3.2.1.3) 3.

Tableau (1.3.2.1.3) 2

Durée de la présentation

X₁ : DURPRE

Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:	Variance:	Coef. Var.:	Count:
10.066	2.699	.283	7.284	26.813	91
Minimum:	Maximum:	Range:	Sum:	Sum Squared:	# Missing:
5	15	10	916	9876	3

Tableau (1.3.2.1.3) 3

Durée de l'interrogation

X₁ : DURINT

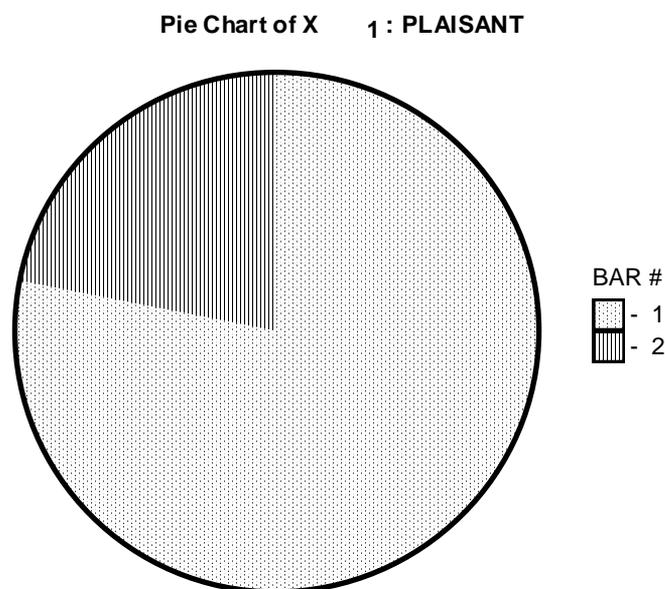
Mean:	Std. Dev.:	Std. Error:	Variance:	Coef. Var.:	Count:
41.218	8.897	.954	79.149	21.584	87
Minimum:	Maximum:	Range:	Sum:	Sum Squared:	# Missing:
25	65	40	3586	154616	7

Nous voyons donc que dans la majorité des cas, les consignes ont été respectées.

- Dans tous les cas, la durée de la présentation est restée inférieure à 15 minutes ; par contre, dans 25 cas sur 94, soit 26,5 %, elle est restée inférieure à 10 minutes.

- Pour ce qui concerne la durée de l'interrogation, dans deux cas seulement, elle a été supérieure à 60 minutes.
- Les élèves ont discuté pendant l'interrogation dans 60 classes sur 94, soit 63,83 %.
- Il y a eu peu de commentaires de la part des élèves : dans 22 classes sur 94, soit 23,4 %.
- Les plaisanteries ont été rares également : dans 18 classes sur 94, soit 21,95 % en tenant compte des réponses manquantes.
- Ces commentaires et plaisanteries émanaient dans 56,52 % des cas de garçons, dans 17,39 % de filles et dans 26,08 % des cas d'élèves des deux sexes.

Ces commentaires doivent être manipulés avec prudence car il est difficile pour un enquêteur d'apprécier les réactions précises et individuelles des éléments d'une classe.

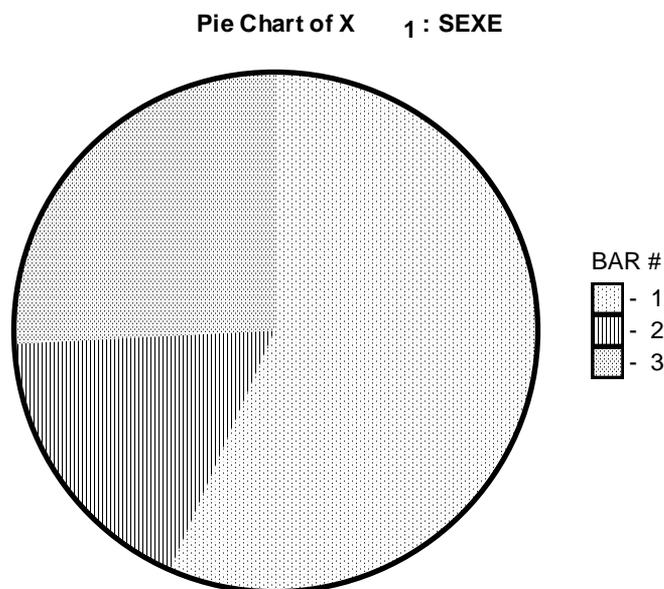


Codes : 1 absence de plaisanterie

2 plaisanterie

Figure (1.3.2.1.3) 3

Proportion des classes dans lesquelles ont été notées des plaisanteries



1 = Garçons

2 = Filles

3 = Garçons et Filles

Figure (1.3.2.1.3) 4

Répartition des plaisanteries par sexe

- Enfin, des élèves ont posé des questions pendant l'interrogation dans 35 classes, soit 37,23 %.

1.3.2.2. Analyse de la première enquête

La première enquête avait plusieurs objectifs :

Tout d'abord, tester le questionnaire, c'est-à-dire que l'étude du questionnaire, question par question, devait nous permettre

- de sélectionner :
 - les questions devant être reprises sans modification pour la deuxième évaluation car elles apportent des éléments intéressants pour l'étude et qu'elles ont été bien comprises par les élèves,
 - les questions à modifier, soit dans leur formulation, soit dans leur forme, parce

qu'elles ont été mal comprises ou que les élèves y ont mal répondu, cochant plusieurs cases au lieu d'une seule par exemple,

- les questions dont les réponses n'étaient pas susceptibles de changer en cours d'action.
- de réajouter éventuellement des items à certaines questions ouvertes, c'est-à-dire où les élèves avaient la possibilité de cocher la case "autre".

Le second objectif était de pouvoir évaluer certaines caractéristiques de la population étudiée afin d'ajuster la stratégie en fonction de certaines particularités. Ce sont les résultats que nous allons donner ici.

Nous donnons en annexe le questionnaire utilisé pour cette première évaluation, avec en regard de chaque item, le pourcentage de réponses positives que nous avons obtenu et nous détaillerons ci-après les résultats qui nous ont paru les plus intéressants. (Voir Annexe 1, pages 254 à 268). Enfin, comme il a déjà été précisé cette première enquête avait surtout comme intérêt de nous servir de référence, afin d'être comparée ultérieurement aux résultats de la seconde enquête après l'action.

1.3.2.2.1. Etude générale de la population

Au total, nous avons recueilli 2830 questionnaires, issus pour 2038, (soit 72 %), de l'enseignement long et pour 791, de l'enseignement professionnel, (soit 28 %). De manière à éviter d'introduire un biais au niveau de l'âge, nous avons volontairement choisi des élèves de seconde dans les lycées d'enseignement professionnel, et des élèves de première dans les lycées d'enseignement long. Nous avons donc réalisé un test de comparaison de moyennes qui nous montre bien que la moyenne d'âge dans l'enseignement professionnel (17,456 ans, écart type : 2,683) et la moyenne d'âge dans l'enseignement long (17,511 ans, écart type : 0,97), ne sont pas significativement différentes (probabilité : 0,05).

Parmi les élèves interrogés : 44,9 % sont des garçons et 55,1 % des filles.

La répartition des deux sexes dans l'enseignement long et l'enseignement professionnel donne le tableau (1.3.2.2.1) 1.

Tableau (1.3.2.2.1) 1
Répartition du sexe selon le type d'enseignement

Sexe	type d'enseignement		Total
	Enseignement long	Enseignement professionnel	
Garçons	861 42,3 %	407 51,5 %	1268 44,9 %
Filles	1175 57,7 %	383 48,5 %	1558 55,1 %
Total	2036 100 %	790 100 %	2826 100 %

$\chi^2 : p < 0.0001$

Le test du χ^2 montre que la répartition des deux sexes est significativement différente dans l'enseignement professionnel et dans l'enseignement long.

Les filles sont donc significativement plus nombreuses dans l'enseignement long que dans l'enseignement professionnel.

L'étude du régime des élèves (internes, externes, demi-pensionnaires) nous montre que parmi les élèves qui ont répondu au questionnaire : 52,3 % sont demi-pensionnaires, 38,6 % externes et 9 % internes. Leur répartition par ville et par type d'enseignement nous montre que les internes ont tendance à être plus nombreux proportionnellement à St Pons, Lodève et Pézenas, qui sont aussi les villes où les effectifs des élèves tirés au sort dans l'enseignement professionnel sont plus importants que ceux de l'enseignement long. Cependant, nous n'avons pas de tests statistiques significatifs car les effectifs de certaines classes sont trop faibles.

L'intérêt de ce point particulier vient du fait que la stratégie éducative mise en place est censée utiliser la dynamique de groupe, et il est bien évident, que les élèves internes sont beaucoup plus souvent en contact entre eux que les externes et les demi-pensionnaires. C'est également dans le but d'étudier l'impact de la dynamique de groupe que nous avons demandé aux élèves quel était le moyen de transport qu'ils utilisaient pour venir au lycée, et le temps qu'ils passaient dans les transports en commun, en distinguant par exemple car de lignes et car de ramassage scolaire.

1.3.2.2.2. Etude des relations sexuelles

Si nous avons demandé aux adolescents s'ils avaient déjà eu des rapports sexuels, c'est que nous pensons que leurs attitudes et les comportements face au sida peuvent être différents, selon leur vécu sur ce plan.

Nous constatons que 46,6 % des adolescents interrogés ont déjà eu des relations sexuelles, que 42,4 % affirment ne pas en avoir eu, mais 11 % préfèrent ne pas répondre à la question.

Deux points sont à souligner :

- La proportion d'adolescents qui ont préféré ne pas répondre à la question est importante et nous n'avons pas pu mettre en évidence les raisons pour lesquelles ce taux est élevé. Nous sommes cependant en droit de nous demander si le problème de l'anonymat et les conditions dans lesquelles se sont déroulées les interrogations (promiscuité des élèves dans certaines classes, plaisanteries...) ne sont pas en cause, au moins pour une certaine proportion des adolescents qui ont préféré ne pas répondre.
- Parmi les élèves qui ont déjà eu des relations sexuelles, 46,78 %, soit près de la moitié, ont eu des relations sexuelles avec des partenaires différents.
- Pour ce qui est de l'ancienneté du premier rapport sexuel, nous notons les résultats suivants : pour 14,2 % il date de moins de 6 mois, pour 19,7 % de moins d'un an, pour 13,6 % de moins d'un an et demi, pour 34 % de plus d'un an et demi. Cependant 18,3 % ont préféré ne pas répondre à la question posée.

Remarquons ici que pour cette variable "ancienneté du premier rapport sexuel", les pourcentages des modalités ne sont pas cumulatifs. Par exemple le pourcentage "19,7 % de moins d'un an" doit être compris comme "19.7 % entre 6 mois et un an". Cette remarque reste vraie pour toute la suite du texte.

Par ailleurs, si nous étudions l'ancienneté du premier rapport sexuel, le nombre de partenaires et le sexe, nous obtenons les résultats présentés dans les tableaux (1.3.2.2.2) 1, 2 et 3.

Tableau (1.3.2.2.2) 1
Nombre de partenaires en fonction du sexe

Sexe	Pas de relations sexuelles	1 partenaire	Plusieurs partenaires	Je préfère ne pas répondre	Total
Garçons	371 29.3%	311 24.6%	413 32.6	170 13.4%	1265 100%
Filles	796 51.1%	371 23.8%	186 11.9%	205 13.2%	1558 100%
Total	1167 41.3%	682 24.2%	599 21.2%	375 13.3%	2823 100%

$\chi^2 : p < 0,0001$.

Tableau (1.3.2.2.2) 2
Ancienneté du premier rapport sexuel en fonction du sexe

Ancienneté du premier sexuel¹ en fonction du sexe

Sexe	< 6 mois	< 1 an	< 1,5 ans	> 1,5 ans	Je préfère ne pas répondre	Total
Garçons	99 7.8%	158 12.5%	118 9.3%	315 24.9%	574 45.4%	1264 100%
Filles	116 7.4%	141 9.1%	88 5.6%	199 12.8%	1014 65.1%	1558 100%
Total	215 7.6%	299 10.6%	206 7.3%	514 18.2%	1588 55.3%	2822 100%

$\chi^2 : p < 0,0001$.

¹ "<1 an" doit être compris comme "6 mois < ancienneté < 1 an" et "< 1,5 ans" comme "1 an < ancienneté < 1,5 ans. Remarque valable pour tous les tableaux utilisant cette variable.

Tableau (1.3.2.2.2) 3

Nombre de partenaires en fonction de l'ancienneté du premier rapport sexuel

Ancienneté du 1 ^{er} rapport sexuel	Pas de relations sexuelles	1 partenaire	Plusieurs partenaires	Je préfère ne pas répondre	Total
< 6 mois	1 0,1%	175 25,6	37 6,2%	2 0,5%	215 7,6%
< 1 an	1 0,1%	210 30,7	82 13,7%	5 1,3%	298 10,5%
< 1,5 ans	0 0%	98 14,3	104 17,4%	4 1,1%	206 7,3%
> 1,5 ans	2 0,2%	151 22,1	353 59,1%	9 2,4%	515 18,2%
Je préfère ne pas répondre	1164 99,7%	49 7,2	21 3,5%	358 94,7%	1592 56,3%
Total	1168 100%	683 100%	597 100%	378 100%	2826 100%

$\chi^2 : p < 0,0001$.

Il faut noter dans la première colonne du tableau (1.3.2.2.2) 3, que 4 sujets n'ont pas eu de relation sexuelle et pourtant précisent une ancienneté de ceux-ci. Il peut s'agir d'une erreur (volontaire ou non) de la part des 4 élèves en question ou d'une erreur de codage ou de saisie. De toute façon, l'erreur reste très faible.

Nous pouvons donc tirer les conclusions suivantes :

- Les filles sont moins nombreuses que les garçons à affirmer avoir eu des rapports sexuels, mais surtout, elles sont beaucoup plus nombreuses à avoir préféré ne pas répondre (63,9 % contre 36,1 %).
- Parmi les adolescents qui ont eu des relations sexuelles, les garçons sont beaucoup plus nombreux que les filles à déclarer avoir eu plusieurs partenaires (68,9 % contre 31,1 %).
- Enfin, on constate que plus le premier rapport sexuel est ancien, plus le nombre d'adolescents qui ont eu plusieurs partenaires est important. Ceci est lourd d'implication si

l'on considère qu'avoir des partenaires multiples ou successifs augmente le risque de contracter une maladie sexuellement transmissible dont fait partie le sida.

Pour terminer ce chapitre, nous avons étudié l'âge en fonction du nombre de partenaires sexuelles, et de l'ancienneté des relations sexuelles par un test de comparaison de moyennes.

Nous avons obtenu les résultats suivants :

Tableau (1.3.2.2.2) 4
Nombre de partenaires sexuels

	Pas de relations sexuelles	1 partenaire	Plusieurs partenaires	Je préfère ne pas répondre
Moyenne d'âge	17,172 ans	17,631 ans	17,894 ans	17,436 ans
Ecart type	0,814	0,875	1,011	0,911
Valeur maximale	22,250	21,083	22,250	21,167
Valeur minimale	15,333	15,500	15,917	15,417
Effectifs	1153	679	587	367
				Total 2780

$\chi^2 : p < 0,0001$.

Tableau (1.3.2.2.2) 5
Age moyen selon l'ancienneté du premier rapport

	Ancienneté des relations sexuelles				Je préfère ne pas répondre
	< 6 mois	< 1 an	< 1,5 ans	> 1,5 ans	
Moyenne d'âge	17,485	17,508	17,572	18,093	17,248
Ecart-type	0,807	0,789	0,815	1,053	0,846
Valeur maximale	20,083	20,250	19,583	22,250	22,250
Valeur minimale	15,917	15,500	15,500	16,083	15,333
Effectifs	215	297	205	503	1565

$\chi^2 : p < 0,0001$.

Les conclusions sont donc les suivantes : la moyenne d'âge des élèves qui ont eu des relations sexuelles est plus élevée que celle de ceux qui n'en ont pas eus, et il apparaît que le nombre de partenaires de même que l'ancienneté du premier rapport sexuel, augmentent avec l'âge, ce qui est normal.

Ceci nous conforte dans l'idée que si l'on veut modifier les comportements à risques tels que le fait d'avoir des partenaires sexuels multiples, il faut intervenir tôt, c'est-à-dire dans l'idéal avant le premier rapport sexuel qui survient dès 14 ans, 14 ans et demi et qui est en moyenne à 16 ans et demi.

1.3.2.2.3. L'information et les connaissances sur le sida

Dans ce chapitre, nous étudierons les connaissances, à proprement parler, qu'ont les adolescents à propos du sida, mais aussi d'où proviennent les informations qu'ils détiennent sur ce sujet, quels sont les moyens dont ils disposent pour s'informer, ce qu'ils pensent de l'information qu'ils ont reçue et ce qu'ils souhaitent recevoir comme information, et de qui souhaitent-ils la recevoir.

L'information

(voir questions 6 à 15 du questionnaire en Annexe 1, pages 256 à 259)

Nous constatons que 2,4 % des élèves s'estiment beaucoup trop informés, 3,1 % trop informés et 48,6 % suffisamment informés, tandis que 1,4 % s'estiment pas du tout informés. Pour ce qui est de la qualité de l'information, 72,5 % trouvent que l'information qu'ils ont reçue est au moins assez bonne tandis que 22,7 % estiment qu'elle est médiocre ou mauvaise. Ces chiffres sont tout à fait comparables à ceux du rapport de l'ORS sur le projet SIDA-STOP [102] qui donnait 52 % d'élèves qui pensaient être suffisamment informés dans l'enseignement classique et 42 % dans l'enseignement professionnel.

Pour ce qui est de la qualité de l'information, 3 % la trouvent très bonne, 25,1 % bonne et 44,4 % assez bonne. Nous avons voulu savoir si cette appréciation était la même dans l'enseignement long et dans l'enseignement professionnel. Nous n'avons pas constaté de différence significative.

La provenance de l'information : pour 93,7 % elle provient de la télévision, pour 56,1 % des journaux et pour 39,9 % des camarades. Le fait marquant que nous avons noté à ce sujet est que, si 42,3 % des élèves interrogés affirment avoir à leur disposition, chez eux ou ailleurs, un minitel, seulement 0,3 % répondent que c'est le minitel qui leur a le plus appris, et seulement 1,7 % ont interrogé un minitel pour s'informer sur le sida.

On constate également que seulement 4,1 % pensent que ce sont les professeurs qui leur ont le plus appris. De plus 27,2 % répondent que leurs enseignants leur ont déjà parlé du sida, alors que 10,7 % seulement ont déjà parlé du sida à leurs enseignants.

Ceci est à comparer avec les réponses données aux questions 37 et 38. Alors que 70 % jugent qu'un médecin spécialiste du sida est la personne la plus apte à leur donner un complément d'information sur cette maladie, seulement 1,6 % s'adresseraient au médecin scolaire, 5,5 % au médecin de famille et seulement 0,5 % à un enseignant.

Bien que nous n'ayons pas trouvé de différence significative à ce sujet entre l'enseignement long et l'enseignement professionnel, on constate que les élèves de l'enseignement long ont tendance à s'adresser encore plus que ceux de l'enseignement professionnel aux spécialistes.

On constate d'autre part, que si 58 % ont parlé du sida à leurs copains, et 60,6 % à leurs copines, seulement 29,9 % en ont parlé à leur petit ami ou à leur petite amie. Cela tient probablement au fait qu'aborder le sujet ne les gêne pas quand cela ne risque pas de modifier leurs

comportements, ce qui n'est pas le cas quand ils abordent le sujet avec leur petit ami ou leur petite amie.

Les connaissances

La première question que nous avons posée pour évaluer les connaissances est forte d'enseignement.

Il s'agissait d'identifier, parmi 4 phrases supposées avoir été entendues ou lues au cours de campagnes d'information ou de publicité sur le sida, celle ou celles qui se rapportaient effectivement au sida. En fait une seule se rapportait effectivement au sida. Si 96,6 % ont bien reconnu la phrase exacte, 42,4 % ont identifié la seconde qui se rapportait en fait à la drogue, et 1,3 % et 28,9 % ont identifié respectivement les troisième et quatrième phrases, cette dernière ressemblant à un slogan existant effectivement.

Nous avons alors voulu savoir si les élèves qui avaient répondu correctement à cette question étaient ou non ceux qui pensaient être suffisamment informés. Nous n'avons pas trouvé de différences significatives. Par contre si l'on étudie cette question en fonction de la qualité de l'information que les élèves estiment avoir reçue, on obtient les résultats du tableau (1.3.2.2.3) 1 en regroupant d'un côté les élèves qui estiment que l'information qu'ils ont reçue est au moins assez bonne et de l'autre ceux qui l'ont trouvée au mieux médiocre et pour l'identification des phrases, ceux qui n'ont donné que des réponses fausses, ceux qui n'ont donné que des réponses justes, et ceux qui ont donné les deux types de réponses.

Tableau (1.3.2.2.3) 1

Reconnaissance de slogans en fonction de la perception de la qualité de l'information

Réponses à la question 11

Qualité de l'in-formation reçue	Toutes fausses	Faussettes et justes	Toutes justes	Total
Bonne	26 53,1%	1136 71,6%	778 67,4%	1940 69,5%
Mauvaise	23 46,9%	451 28,4%	377 32,6%	851 30,5%
	49 100%	1587 100%	1155 100%	2791 100%

$\chi^2 : p = 0,0025$.

On remarque donc que les jeunes donnant des réponses fausses se recrutent plus que les autres parmi ceux qui ont une perception défavorable de la qualité de l'information. Cette perception, si elle n'est pas forcément liée à la valeur de l'information elle-même, correspond à une réalité sur ce que sait le sujet.

L'étude des questions qui portent sur le sida lui-même, ses causes, sa transmission,..., nous montre que si une grande partie des élèves connaissent les points importants, nombreuses sont les "fausses-croyances". En effet :

- 93,6 % savent que le sida est provoqué par un virus,
- 99,6 % savent qu'un rapport sexuel est un mode de contamination,
- 99,2 % savent que l'usage de seringues déjà utilisées est un mode de contamination,
- 92,6 % savent que la transfusion sanguine est également un mode de contamination,
- 85,9 % savent qu'une mère atteinte peut transmettre la maladie à l'enfant qu'elle porte en elle.

Par contre :

- 43,8 % pensent que l'on peut attraper le sida en donnant son sang.
- Ils sont également nombreux à penser que l'on peut attraper le sida chez le dentiste (24,5 %), en utilisant la même brosse à dents qu'une personne porteuse du germe du sida

- (30 %) ou en utilisant le même rasoir qu'une personne porteuse du germe du sida (51,5 %),
- seulement 28,9 % pensent qu'une personne porteuse du germe du sida est toujours contagieuse,
 - 14,4 % pensent qu'une personne contagieuse présentent souvent des signes apparents du sida et 7,4 % pensent que c'est toujours le cas.

Il faut noter ici que si selon les théories des maladies infectieuses, la présence simultanée de germes et de plaies (ou tout au moins de saignements) implique un risque de contamination, la revue de littérature des données épidémiologiques montre que ce risque est quasi inexistant chez le dentiste et lors de l'usage d'objets familiaux.

Nous avons comparé les réponses à ces questions en fonction du type de lycée, du sexe, de l'existence de rapports sexuels. Nous avons observé certaines différences significatives intéressantes présentées dans les tableaux (1.3.2.2.3) 2 à 5.

Tableau (1.3.2.2.3) 2

Perception de la transmission mère/enfant en fonction du sexe

Transmission mère/enfant	Sexe		Total
	Garçons	Filles	
Oui	985 77,7%	1352 86,9%	2237 82,8%
Non	20 1,6%	16 1,0%	36 1,3%
Je ne sais pas	262 20,7%	188 12,1%	450 15,9%
Total	1267 100%	1556 100%	2823 100%

$\chi^2 : p < 0,0001$.

Les filles semblent donc connaître mieux que les garçons les risques de transmission mère/enfant, ce qui correspond à un souci légitime lié à leur fonction de reproduction.

Tableau (1.3.2.2.3) 3

Croyance d'une transmission par le don de sang en fonction du sexe

Transmission par le don de sang	Sexe		Total
	Garçons	Filles	
Oui	483 41,6%	651 45,7%	1134 43,9%
Non	678 50,4%	772 54,3%	1450 56,1%
Total	1161 100%	1423 100%	2584 100%

$\chi^2 : p = 0,0382$.

La confusion entre le fait de donner son sang et le fait d'en recevoir, plus importante chez les filles, montre les débordements possibles d'une peur mal contrôlée.

Pour toutes les autres questions de connaissances, il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes, mais globalement on a l'impression que les filles connaissent mieux la maladie que les garçons.

Selon le type d'enseignement, on n'observe pas de différences très importantes.

On observe que :

- le fait d'avoir eu des rapports sexuels n'influence pas la connaissance du risque de contamination sexuelle,
- par contre, influence la notion de contagiosité d'une personne porteuse du germe du sida, les chances de guérison de la maladie, et de façon moins importante pour la notion de transmission mère-enfant.

Tableau (1.3.2.2.3) 4

Perception de la contagiosité en fonction du nombre de partenaires

Contagiosité	Nombre de partenaires sexuels				Total
	Pas de relations sexuelles	1 partenaire	Plusieurs partenaires	Je préfère ne pas répondre	
Bonne réponse	682 58,5%	398 58,4%	358 60,3%	180 48,1%	1618 57,5%
Mauvaise réponse	484 41,5%	283 41,6%	236 39,7%	194 51,9%	1197 42,5%
Total	1166 100%	681 100%	594 100%	374 100%	2815 100%

 $\chi^2 : p = 0,0011$.

Tableau (1.3.2.2.3) 5

Perception d'espoir de guérison en fonction du nombre de partenaires

Guérison	Nombre de partenaires sexuels				Total
	Pas de relations sexuelles	1 partenaire	Plusieurs partenaires	Je préfère ne pas répondre	
Oui	45 3,9%	31 4,6%	33 5,6%	16 4,2%	125 4,4%
Non	598 51,3%	331 48,7%	282 47,9%	171 45,2%	1382 49,2%
Les spécialistes ne savent pas	373 32%	232 34,2%	189 32,1%	93 24,6%	887 31,6%
Je ne sais pas	149 12,8%	85 12,5%	85 14,4%	98 25,9%	417 14,8%
Total	1165 100%	679 100%	589 100%	378 100%	2811 100%

 $\chi^2 : p < 0,0001$.

Pour la question concernant la transmission de la maladie de la mère à l'enfant, le test est significatif ($p = 0.0007$) mais l'effectif minimum attendu est de 4,79, on ne peut donc prendre ce résultat qu'avec prudence.

L'étude de ces tableaux nous montre que s'il y a bien des différences entre les différents groupes d'élèves, en fonction du fait qu'ils ont eu ou non des rapports sexuels, on ne peut pas en conclure que l'expérience sexuelle induit une meilleure connaissance de la maladie ; par contre, les adolescents ayant eu plusieurs partenaires semblent mieux informés sur la contagiosité de la maladie.

Pour clore ce paragraphe, on peut conclure que les notions importantes de la maladie sont bien connues mais que circulent des notions totalement fausses sur les modes de contamination en particulier. Nous verrons dans l'exploitation de la seconde enquête, une interprétation possible de cette constatation.

Les connaissances semblent être comparables dans l'enseignement long et dans l'enseignement professionnel. Par contre les filles paraissent être un peu mieux informées que les garçons. et les adolescents en activité sexuelle ne sont pas mieux informés que les autres sauf s'ils ont eu plusieurs partenaires. Il nous paraît grave enfin que 39,7 % des adolescents ayant déjà eu plusieurs partenaires sexuels aient des notions fausses sur la contagiosité des séropositifs.

1.3.2.2.4. Les adolescents et les préservatifs

Seulement 32,4 % des adolescents ont déjà utilisé des préservatifs. Dans 25,7 % des cas, c'était un moyen de contraception et dans 12,7 %, c'était pour éviter les maladies sexuellement transmissibles autres que le sida, et dans seulement 9,4 % des cas pour prévenir le sida. L'analyse de l'utilisation des préservatifs en fonction de l'expérience sexuelle et de l'ancienneté du premier rapport sexuel donnent les tableaux (1.3.2.2.4) 1 et 2.

Tableau (1.3.2.2.4) 1

Utilisation des préservatifs en fonction du nombre de partenaires

Utilisation des préservatifs	Nombre de partenaires sexuels				Total
	Pas de relations sexuelles	1 partenaire	Plusieurs partenaires	Je préfère ne pas répondre	
Pas de réponse	30 2,6%	9 1,3%	5 0,8%	82 21,7%	126 4,5%
Oui	26 2,2%	359 52,6%	436 72,8%	55 14,6%	876 31,0%
Non	1112 95,2%	315 46,1%	158 26,4%	241 63,8%	1826 64,6%
Total	1168 100%	683 100%	599 100%	378 100%	2828 100%

 $\chi^2 : p < 0,0001$.

Vingt-six élèves n'ayant pas eu de rapport sexuel disent avoir utilisé des préservatifs. On peut s'interroger sur cette anomalie : gags, erreur de réponse des élèves, erreur de codage ou de saisie ?

Tableau (1.3.2.2.4) 2

Utilisation des préservatifs en fonction de l'ancienneté du premier rapport

Utilisation des préservatifs	Ancienneté du premier rapport sexuel				Je préfère ne pas répondre	Total
	< 6 mois	< 1 an	< 1,5 ans	> 1,5 ans		
Pas de réponse	1 0,5%	4 1,3%	2 1,0%	4 0,8%	115 7,2%	126 4,5%
Oui	121 56,3%	168 56,2%	131 63,6%	349 67,8%	106 6,7%	875 31,0%
Non	93 43,3%	127 42,5%	73 35,4%	162 31,5%	1371 86,1%	1826 64,6%
Total	215 100%	299 100%	206 100%	515 100%	1592 100%	2827 100%

 $\chi^2 : p < 0,0001$.

On constate donc que plus le premier rapport sexuel est ancien et plus l'adolescent utilise des préservatifs, et que ceux qui ont déjà eu plusieurs partenaires sexuels sont les plus nombreux à avoir utilisé des préservatifs.

Nous avons voulu savoir si les adolescents seraient gênés de demander à leur petit ami ou petite amie, ou à un ou une partenaire occasionnel(le), d'utiliser des préservatifs lors d'un rapport sexuel.

Quand il s'agit du petit ami ou de la petite amie, 62,4 % ne seraient pas gênés, et 15,9 % seraient gênés, les autres étant indifférents ou ne sachant pas, alors que lorsqu'il s'agit du ou de la partenaire occasionnel(le), 79,1 % ne seraient pas gênés et 11,5 % seraient gênés. Ces résultats sont à rapprocher du fait qu'ils parlent plus du sida à leurs copains et copines qu'à leur petit ami ou petite amie. Ils sont beaucoup plus impliqués affectivement lorsqu'il s'agit du petit ami ou de la petite amie. Nous pensons que les adolescents ont compris l'expression "petit ami" comme la personne dans laquelle on investit affectivement.

Nous avons étudié ces résultats en fonction du nombre de partenaires sexuels et de l'ancienneté des rapports sexuels. Nous avons obtenu les tableaux (1.3.2.2.4) 3 et 6.

Tableau (1.3.2.2.4) 3
Gêne avec petit ami en fonction du nombre de partenaires

Q.30*	Nombre de partenaires sexuels					Total
	Pas de relations sexuelles	1 partenaire	Plusieurs partenaires	Je préfère ne pas répondre		
Oui	206 17,7%	106 15,5%	79 13,3%	45 11,9%		436 15,4%
Non	635 54,5%	462 67,6%	434 72,8%	185 49,5%		1718 60,9%
Indifférent	64 5,5%	57 8,3%	51 8,6%	40 10,6%		212 7,5%
Je ne sais pas	261 22,4%	58 8,5%	32 5,4%	106 28%		457 16,2%
Total	1166 100%	683 100%	596 100%	378 100%		2823 100%

$\chi^2 : p < 0,0001$.

* Q30 : Seriez-vous gêné(e) de demander à votre petit(e) ami(e) d'utiliser des préservatifs lors d'un rapport sexuel ?

Tableau (1.3.2.2.4) 4
Gêne avec petit ami en fonction de l'ancienneté du premier rapport sexuel

Q.30	Ancienneté du premier rapport sexuel				Je préfère ne pas répondre	Total
	< 6 mois	< 1 an	< 1,5 ans	> 1,5 ans		
Oui	34 15,9%	45 15,1%	37 18,0%	66 12,8%	253 15,9%	435 15,4%
Non	148 69,2%	208 69,8%	139 67,5%	373 72,4%	850 53,5%	1718 60,9%
Indifférent	18 8,4%	24 8,1%	15 7,3%	42 8,2%	113 7,1%	212 7,5%
Je ne sais pas	14 6,5%	21 7,0%	15 7,3%	34 6,6%	373 23,5%	457 16,2%
Total	214 100%	298 100%	206 100%	515 100%	1589 100%	2822 100%

$\chi^2 : p < 0,0001$.

Tableau (1.3.2.2.4) 5
Gêne avec partenaire occasionnel en fonction du nombre de partenaires

Q.31**	Nombre de partenaires sexuels				Total
	Pas de relations sexuelles	1 partenaire	Plusieurs partenaires	Je préfère ne pas répondre	
Oui	135 11,6%	72 10,5%	55 9,2%	46 12,2%	308 10,9%
Non	700 60,0%	476 69,7%	462 77,3%	185 48,9%	1823 64,5%
Indifférent	44 3,8%	41 6,0%	32 5,4%	33 8,7%	150 5,3%
Je ne sais pas	288 24,7%	94 13,8%	49 8,2%	114 30,2%	545 19,3%
Total	1167 100%	683 100%	598 100%	378 100%	2826 100%

$\chi^2 : p < 0,0001$.

** Q31 : seriez-vous gêné(e) de demander à un(e) partenaire occasionnel(le) d'utiliser des préservatifs lors d'un rapport sexuel ?

Tableau (1.3.2.2.4) 6

Gêne avec partenaire occasionnel en fonction de l'ancienneté du premier rapport

Q.31	Ancienneté du rapport sexuel				Je préfère ne pas répondre	Total
	< 6 mois	< 1 an	< 1,5 ans	> 1,5 ans		
Oui	20 9,3%	30 10%	23 19,2%	47 9,1%	188 11,8%	308 10,9%
Non	161 74,9%	219 73,2%	151 73,3%	387 75,1%	904 56,9%	1822 64,5%
Indifférent	10 4,7%	17 5,7%	11 5,3%	26 5,0%	86 5,4%	150 5,3%
Je ne sais pas	24 11,2%	33 11,0%	21 10,2%	55 10,7%	412 25,9%	545 19,3%
Total	215 100%	299 100%	206 100%	515 100%	1590 100%	2825 100%

$\chi^2 : p < 0,0001$.

Au total, on voit que l'expérience sexuelle a une influence sur la gêne que les adolescents éprouveraient à demander à leurs partenaires réguliers ou occasionnels d'utiliser des préservatifs. Ceux qui ont déjà eu plusieurs partenaires sexuels, ou qui ont eu leur premier rapport il y a plus d'un an et demi, seraient moins gênés que les autres, qu'ils s'agisse d'un partenaire régulier ou occasionnel. Ceci est un résultat plutôt encourageant auquel on pouvait s'attendre.

Nous avons examiné également les réactions des adolescents si on leur demandait à eux d'utiliser les préservatifs. Quel que soit le partenaire, régulier ou occasionnel, les résultats sont les mêmes :

- 8,1 % seraient gênés
- 73,9 % ne le seraient pas
- 6,1 % sont indifférents
- 11,7 % ne savent pas.

Ils seraient donc encore moins gênés si leur partenaire leur demandait d'utiliser les préservatifs. Si l'on étudie ces réponses en fonction de l'ancienneté des rapports sexuels et du nombre de partenaire, on obtient des résultats tout à fait comparables aux précédents.

Enfin, si un ou une partenaire leur demandait d'utiliser des préservatifs, 82,7 % penseraient que c'est une précaution normale, 29,8 % qu'il ou elle "assure" et 24,5 % seraient contents qu'il ou elle en parle le (ou la) premier(e). L'influence de l'expérience sexuelle est ici beaucoup moins nette que pour les questions précédentes.

1.3.2.2.5. Les espoirs de guérison et les moyens de prévention

Tout d'abord, on constate que 79,8 % des adolescents pensent que le sida est aujourd'hui une maladie que l'on peut éviter, mais 57,3 % seulement savent qu'aujourd'hui ça n'est pas une maladie guérissable, alors que 36,7 % pensent que les spécialistes ne le savent pas eux-mêmes. Cependant 56,8 % pensent que l'épidémie de sida peut être stoppée, et 29,9 % pensent que les spécialistes ne le savent pas eux-mêmes.

Pour ces items, nous avons étudié s'il y avait des différences suivant le sexe, le type d'enseignement, l'expérience sexuelle.

Nous avons constaté quelques résultats intéressants : si l'expérience sexuelle intervient peu, nous constatons par contre des différences entre filles et garçons.

En effet, si les garçons sont plus optimistes : (56,8 % pensent que le sida est une maladie guérissable contre 43,2 % pour les filles), ces dernières sont plus nombreuses à penser que les spécialistes eux-mêmes ne le savent pas (62,3 % contre 37,7 %) ou à répondre qu'elles ne le savent pas (55,1 % contre 44,9 %) (test du χ^2 significatif avec une probabilité inférieure à 0,0001 et un effectif minimum attendu de 55,91).

Pour ce qui est de l'effet du type d'enseignement, nous observons les résultats du tableau (1.3.2.2.5) 1.

Tableau (1.3.2.2.5) 1
Croyance de guérison en fonction du type d'enseignement

Maladie guérissable	Type d'enseignement		Total
	Long	Professionnel	
Oui	76 3,8 %	49 6,2 %	125 4,4 %
Non	1079 53,3 %	305 38,8 %	1384 49,2 %
Les spécialistes ne le savent pas	609 30,1 %	278 36,3 %	887 31,5 %
Je ne sais pas	262 12,9 %	155 19,7 %	417 14,8 %
Total	2026 100 %	787 100 %	2813 100 %

$\chi^2 : p < 0,0001$.

Nous pouvons donc conclure que les élèves de l'enseignement long savent mieux que ceux de l'enseignement professionnel que la maladie n'est pas guérissable, ce qui contraste avec le fait que la connaissance de la maladie et de ses modes de transmission est comparable dans l'enseignement long et dans l'enseignement professionnel.

Nous avons demandé ensuite aux adolescents quels moyens ils proposeraient pour arrêter la progression du sida. L'information et la création de centres de dépistage semblent être les principaux points à développer. En effet, 72,6 % répondent qu'il faudrait mettre en place des centres d'information gratuits et facultatifs, 71,8 % qu'il faudrait rendre l'information obligatoire dans les établissements scolaires et 85,3 % qu'il faudrait mettre en place des centres de dépistage gratuits et anonymes. Cependant des proportions non négligeables d'adolescents proposent des solutions discriminatoires : 39,6 % proposent d'empêcher tous les malades du sida d'avoir des enfants, 16,5 % l'isolement des malades dans des établissements spécialisés, 14,8 % de rendre stériles les personnes contagieuses, 5,4 % de marquer les personnes atteintes par un tatouage. Nous avons regroupé les solutions proposées pour faire trois catégories : propositions positives, mitigées et négatives et nous les avons étudiés en fonction du sexe, de

l'expérience sexuelle, de la ville, et du type d'enseignement. Si la ville et le sexe n'ont pas d'influence, il en est autrement pour l'expérience sexuelle et le type d'enseignement.

Tableau (1.3.2.2.5) 2
Propositions préventives en fonction du type d'enseignement

Propositions préventives	Type d'enseignement		Total
	Long	Professionnel	
Négatives	37 1,9 %	29 4,0 %	66 2,4 %
Mitigées	933 47,6 %	459 62,5 %	1392 51,7 %
Positif	990 50,5 %	246 33,5 %	1236 45,9 %
Total	1960 100 %	734 100 %	2694 100 %

$\chi^2 : p < 0,0001$

Les élèves de l'enseignement long semblent donc avoir un comportement plus adapté en matière de prévention. Une interprétation sera proposée dans l'analyse de la deuxième enquête.

Tableau (1.3.2.2.5) 3
Propositions préventives en fonction du nombre de partenaires

Propositions préventives	Nombre de partenaires sexuels				Total
	Pas de relations sexuelles	1 partenaire	Plusieurs partenaires	Je préfère ne pas répondre	
Négatives	23 2%	14 2,1%	13 2,3%	16 4,8%	66 2,5%
Mitigées	543 48,1%	365 55,0%	300 52,7%	184 55,4%	1392 51,7%
Positives	562 49,8%	285 42,9%	256 45,0%	132 39,8%	1235 45,9%
Total	1128 100%	664 100%	569 100%	332 100%	2693 100%

$\chi^2 : p = 0,0013.$

Cependant, on ne peut pas vraiment conclure que l'expérience sexuelle induit des comportements plus adaptés ; on aurait même plutôt l'impression que la tendance est inversée.

1.3.2.2.6. Réaction à l'annonce de la maladie

Nous analysons ici les réponses aux questions 25 à 28. Si le malade est un(e) camarade, 76,3 % ne changeraient rien à leur attitude à son égard, 53,7 % accepteraient de l'inviter chez eux et même, 44 % le (la) verrait plus souvent afin de l'aider. S'il s'agit du petit ami ou de la petite amie, 36,9 % disent qu'ils continueraient à le ou la fréquenter, alors que seulement 16,2 % ne changeraient rien à leurs relations, et 28,9 % disent qu'ils n'auraient plus de rapports sexuels avec lui (ou elle).

Nous remarquons que si environ 60 % disent qu'ils ne seraient pas gênés que leur petit ami ou petite amie leur demande d'utiliser les préservatifs, seulement 36,3 % les utiliseraient si leur petit ami ou petite amie était porteuse du virus du sida.

Un autre point important est que 24,9 % répondent qu'ils ne risquent rien puisqu'ils n'ont pas de rapports sexuels, évitant ainsi de s'imaginer en situation.

Enfin, lorsqu'il s'agit du frère ou de la sœur, 84 % répondent qu'ils feraient tout leur possible pour le ou la soutenir et l'aider alors que 34,6 % feraient comme si de rien n'était, et seulement 0,7 % l'évitent parce qu'ils ont peur.

Il nous a semblé intéressant de rechercher qui étaient les adolescents qui évitent le problème en répondant, soit qu'ils n'avaient pas de relations sexuelles, soit qu'ils n'avaient pas de petit ou de petite amie alors qu'ils auraient pu s'imaginer en situation. Nous avons obtenu les résultats mentionnés dans les tableaux (1.3.2.2.6) 1 à 3.

Tableau (1.3.2.2.6) 1
Evitement du problème en fonction du sexe

Evitement du problème	Sexe		Total
	Garçon	Fille	
Non	965 76,2 %	894 57,4 %	1859 65,8 %
Oui	302 23,8 %	664 42,6 %	966 34,2 %
Total	1267 100 %	1558 100 %	2825 100 %

$\chi^2 : p < 0,0001$

Tableau (1.3.2.2.6) 2
Evitement du problème en fonction du nombre de partenaires

Evitement du problème	Nombre de partenaires				Total
	Pas de relations sexuelles	1 partenaire	Plusieurs partenaires	Je préfère ne pas répondre	
Non	355 30,4%	628 91,9%	573 95,7%	305 80,7%	1861 65,8%
Oui	813 69,6%	55 8,1%	26 4,3%	73 19,3%	967 34,2%
Total	1168 100%	683 100%	599 100%	378 100%	2828 100%

$\chi^2 : p < 0,0001$.

Tableau (1.3.2.2.6) 3
Évitement du problème en fonction du type d'enseignement

Évitement du problème	Type d'enseignement		Total
	Enseignement long	Enseignement professionnel	
Non	1279 62,7 %	584 73,8 %	1863 65,8 %
Oui	760 37,3 %	207 26,2 %	967 34,2 %
Total	2039 100 %	791 100 %	2830 100 %

$\chi^2 : p < 0,0001$.

Au total, il semble bien que les adolescents qui évacuent le problème soit de préférence des filles qui n'ont pas d'expérience sexuelle et qui sont dans l'enseignement long.

Toujours pour étudier les réactions de l'adolescent face à l'annonce de la maladie, nous leur avons demandé qu'elle serait leur réaction si un de leurs amis fréquentait une personne appartenant à un groupe dit "à risque", ou si quelqu'un les prévenait que la personne qu'ils draguent fait partie d'un groupe dit "à risque".

Les résultats sont éloquentes, comparés aux précédents. En effet :

- dans le cas d'un de leurs amis :

- 57 % tenteraient de le faire renoncer à cette relation,
- 41,9 % lui conseilleraient vivement de se munir de préservatifs,

- dans leur cas personnel :

- 64,8 % renonceraient à cette relation,
- 25,8 % seulement se proposeraient d'utiliser un préservatif, et
- 15,1 % demanderaient à la personne qu'ils "draguent" de consulter un médecin.

Il apparaît donc que lorsque l'adolescent moins impliqué dans une relation affective et personnelle, ses décisions ne sont pas les mêmes.

Là encore l'étude des réactions face à la personne que l'on "dague" qui appartient à un groupe à risque en fonction du type d'enseignement, du sexe et de l'expérience sexuelle donne des résultats significatifs.

Les adolescents de l'enseignement long, de sexe féminin et qui ont déjà eu plusieurs partenaires sexuels renoncent plus facilement à cette relation et ce d'autant plus qu'ils ont déjà utilisé des préservatifs.

Enfin, pour terminer, nous avons demandé aux adolescents qu'elles seraient leurs réactions s'ils apprenaient qu'ils sont porteurs de la maladie. Les résultats sont assez surprenants :

- 55,4 % ont peur de mourir, ce qui n'est pas beaucoup sachant que les données épidémiologiques donnaient la maladie mortelle à 100 % au moment de l'enquête,
- 55,0% ont peur de transmettre la maladie,
- 46,4 % préviennent cependant leur entourage,
- 45,0% souffrent de devoir renoncer à avoir des enfants,
- 33,1 % n'ont plus de rapports sexuels.

Si l'on étudie comment se répartissent ceux qui ont peur de mourir, en fonction du sexe, de l'expérience sexuelle, on obtient les résultats des tableaux (1.3.2.2.6) 4 et 5.

Tableau (1.3.2.2.6) 4
Peur de mourir en fonction du sexe

Peur de mourir	Sexe		Total
	Garçons	Filles	
Non	654 51,6 %	602 38,6 %	1256 44,5 %
Oui	613 48,4 %	956 61,4 %	1569 55,5 %
Total	1265 100 %	1558 100 %	2825 100 %

$\chi^2 : p = < 0,0001$.

Tableau (1.3.2.2.6) 5
Peur de mourir en fonction de l'expérience sexuelle

Peur de mourir	Nombre de partenaires sexuels				Total
	Pas de relations sexuelles	1 partenaire	Plusieurs partenaires	Je préfère ne pas répondre	
Non	480 41,1%	283 41,4%	302 50,4%	182 51,9%	1261 44,6%
Oui	688 58,9%	400 58,6%	297 49,6%	196 48,1%	1567 55,4%
Total	1168 100%	683 100%	599 100%	378 100%	2828 100%

$\chi^2 : p < 0,0001$.

En fonction du type d'enseignement, il n'y a pas de différence significative.

Les filles ont donc plus peur de mourir que les garçons, et ce d'autant plus qu'elles n'ont pas d'expérience sexuelle.

Par ailleurs, s'il n'y a pas de différence entre enseignement long et enseignement court, on s'aperçoit que les garçons utiliseraient plus volontiers les préservatifs et ce d'autant plus qu'ils ont une expérience sexuelle.

Globalement l'étude de ce premier questionnaire nous amène aux conclusions suivantes :

- En moyenne les adolescents connaissent bien l'agent responsable du sida et les modes de contamination possibles, mais il circule encore beaucoup d'idées fausses sur la maladie. Il apparaît que les adolescents ont du mal à distinguer séropositifs et malades, et à réaliser que les uns sont aussi contagieux que les autres.
- Les filles sont en moyenne mieux informées que les garçons, notamment en ce qui concerne par exemple la transmission de la mère à l'enfant. Ceci est sans doute à rapporter à la plus grande maturité des filles à la période de l'adolescence.
- Pour ce qui est des préservatifs, les adolescents n'y paraissent pas hostiles. Pourtant ils sont bien peu à les avoir utilisés. Il semble qu'il y ait une distinction à faire entre ce qu'ils disent qu'ils feraient, ce qu'ils feraient vraiment et ce qu'ils font en réalité, d'autant plus que le fait de répondre au questionnaire induit vraisemblablement certains types de réponses.

- Enfin, les attitudes et comportements restent non adaptés pour une proportion non négligeable d'adolescents. Il faut noter que les élèves de l'enseignement professionnel semblent avoir des comportements et attitudes plus adaptés que ceux de l'enseignement long. Peut-être cela est-il en rapport avec une plus grande maturité des élèves de l'enseignement professionnel qui sont plus tôt que les autres en contact avec les réalités de la vie quotidienne.

1.3.2.2.7. Validité du tirage au sort pour l'affectation aux groupes action ou témoin

Afin de pouvoir mettre en œuvre une approche quasi expérimentale telle qu'elle est illustrée par la figure (1.3.1.1) 3, nous avons essayé de vérifier la validité du tirage au sort des établissements devant bénéficier de l'action en les comparant aux établissements témoins en fonction des items du questionnaire.

La question s'est posée de savoir dans quel groupe il fallait mettre les lycées Mermoz de Montpellier et Henri IV de Béziers, tous les deux tirés au sort pour bénéficier de l'action et n'ayant pas participé au projet en fin de compte. Nous avons décidé de les mettre dans le groupe témoin.

Les résultats de l'analyse tenant compte de ce choix nous ont montré une certaine hétérogénéité entre les deux groupes expérimental et témoin pour au moins quelques items que nous présentons ci-dessous. L'analyse a été faite séparément pour les établissements d'enseignement long (classiques et techniques) (EL) et pour les établissements d'enseignement professionnel (EP).

- Le groupe expérimental comporte significativement plus d'externes que le groupe témoin (40,0 % contre 23,6 %, $p = 0,0004$) dans l'EP inversement dans l'EL (38,6 % contre 47,7 %, $p = 0,0038$). Ceci peut être gênant pour un item qui doit jouer sur un phénomène de réseau social.
- La question "*où avez-vous le plus entendu parlé de sida ?*" des différences significatives de 5 à 10 % apparaissent entre les différentes sources d'information aussi bien que pour l'EL que pour l'EC. Ceci est lié aux différentes actions qui ont pu être menées dans les établissements sous une forme ou sous une autre : conférences, affiches, prospectus, entretiens avec les enseignants ... Mais il n'y a pas de différence significative à la question suivante qui demande à préciser la source d'information qui a le plus apporté en connaissance.

- A la question "*qui vous a déjà parlé du sida ?*", les adolescents du groupe expérimental de l'EC sont plus nombreux à citer une "copine" (60 % contre 47,7 % dans le groupe témoin, $p = 0,0051$). Ceci peut être tout simplement lié au fait que les deux plus gros lycées professionnels représentés : Mermoz à Montpellier et Joliot Curie à Sète appartenant à chacun des deux groupes expérimental et témoin, de par les spécialités qu'ils enseignent, ne recrutent pas de façon identique les deux sexes.
- A la question "*vous apprenez que votre petit(e) ami(e) est porteur(se) de la maladie, quelle est votre réaction ?*", les adolescents du groupe expérimental (EL et EC) répondent plus fréquemment que ceux du groupe témoin qu'il la ou le quitte (10,8 % contre 6,8 %, $p = 0,0072$ pour l'EC et 17,3 % contre 6,6 %, $p < 0,0001$ pour l'EL). Mais s'il s'agit d'un frère ou d'une sœur, les adolescents du groupe expérimental de l'EC ont plus tendance que dans le groupe témoin à faire comme si de rien n'était (35,9 % contre 27,9 %, $p = 0,0010$).
- Enfin, c'est encore une inégalité dans la répartition des sexes entre les deux groupes qui fait dire moins souvent aux adolescents du groupe expérimental "*je souffrirai de devoir renoncer à avoir des enfants*".

Pour la plus grande partie des items, nous pouvons constater une certaine comparabilité des deux groupes expérimental et témoin. Cependant parmi les items donnant lieu à des différences, il y en a deux ou trois qui peuvent ne pas être indépendants des représentations que les adolescents construisent autour du sida. Il nous faudra donc rester prudents dans l'interprétation des résultats du deuxième questionnaire.

1.3.3. L'enquête après l'action

L'objectif principal de cette deuxième enquête était d'évaluer l'effet de l'action éducative entreprise en faisant une analyse comparative entre la première et la deuxième enquête.

Mais ce n'est pas le seul intérêt de cette deuxième enquête qui d'une part introduisait de nouvelles questions permettant d'affirmer l'évaluation de situation¹, et d'autre part

¹ La notion d'évaluation de situation est présentée au § 3.2.2.

expérimentait une approche globale de l'évaluation en mettant en œuvre une analyse en composantes principales selon une technique développée dans le service de J.-P. PAGES.

Après avoir brièvement présenté le deuxième questionnaire, nous tenterons d'interpréter les résultats de l'analyse des données de la deuxième enquête seule. Nous pourrions ainsi améliorer l'évaluation de situation entreprise sur la base des données de la première enquête. Nous pourrions aussi faire une première évaluation d'effet en se référant au plan d'expérience illustré par la figure (1.3.1.1) 3, la comparaison ayant été réalisée au § 1.3.2.2.7.

En dernier lieu, nous ferons l'analyse comparative première versus deuxième enquête. L'approche globale ne sera abordée que dans la troisième partie de ce travail comme illustration de l'analyse factorielle des représentations étudiée au § 3.3.2.

1.3.3.1. Le questionnaire et la mise en œuvre de la deuxième enquête

Un nouveau questionnaire a été rédigé. Il reprenait les questions du précédent questionnaire qui, au vu des résultats de la première enquête, semblaient le plus susceptibles de mettre en évidence des différences. D'autres questions ont été ajoutées pour apprécier les attitudes générales des adolescents, leur lecture, leur perception de certains grands problèmes de société. Parmi elles, il y avait 55 questions sur les thèmes de conflit. Certaines d'entre elles constituaient la passerelle avec l'enquête nationale sur la population générale réalisée par J.-P. PAGES et AGORAMETRIE. Ce questionnaire peut être consulté en Annexe 4, pages 281 à 292.

La deuxième enquête s'est faite en mai 1989, un mois après la fin de l'action marquée par la diffusion des films vidéo dans les lycées. Elle s'est déroulée comme la précédente dans des conditions que nous ne redécrivons pas. Nous avons analysé les données de cette deuxième enquête à Fontenay-aux-Roses avec l'équipe de J.-P. PAGES en utilisant le logiciel mis au point dans son service. Les résultats bruts de l'analyse sont disponibles en Annexe 4, pages 276 à 338 à la suite du questionnaire. L'interprétation de ces résultats va donc faire l'objet du sous chapitre suivant.

1.3.3.2. Analyse de la deuxième enquête seule

Les commentaires que nous allons faire ici suivent le plan de l'Annexe 4, pages 293 à 338.

1.3.3.2.1. Les tris croisés

Les tableaux de tris croisés en deuxième partie de l'Annexe 4, pages 302 à 323, analysent les variables précisant les attitudes et opinions des adolescents (en marge gauche) en fonction de variables déterminant des groupes (en marge haute). Parmi ces dernières variables, il y a :

TYPE : type de lycée, professionnel ou classique/technique

STRAT : établissement expérimental ou témoin

ELTEL : classes dans lesquelles il y a au moins un élève appartenant à l'atelier vidéo.

Les variables STRAT et ELTEL sont utilisées pour apprécier les effets du programme. Le degré de signification de la liaison entre deux variables croisées est représentée par une ou plusieurs barres verticales comme il est indiqué en légende de chaque tableau.

Dans la colonne de droite intitulée TOTAL, il est précisé le nombre de liaisons significatives pour une ligne donnée.

Une telle disposition permet d'avoir un aperçu rapide des liaisons.

Nous allons voir les sept rubriques de cette deuxième partie de l'Annexe 4 à laquelle il est souhaitable de se référer pour lire les lignes qui suivent.

Le sida et l'information

La première liaison significative à remarquer est "*vu un film ou une cassette vidéo*" - STRAT. Nous reviendrons sur cette liaison au moment de l'analyse comparative du § 1.3.3.3.

Deux autres liaisons paraissent intéressantes : "*le réchauffement de l'atmosphère*" - STRAT et "*le nucléaire*" - ELTEL. Ces deux thèmes d'information sont, comme nous le voyons, aussi liés au type d'établissement (enseignement professionnel ou enseignement long).

On peut constater par exemple que les élèves des établissements expérimentaux d'enseignement long sont plus nombreux à s'estimer mal informés sur les problèmes de l'atmosphère comme le montre le tableau de pourcentages (1.3.3.2.1) 1.

Tableau (1.3.3.2.1) 1

Le réchauffement de l'atmosphère et l'enseignement long

	Etablissement témoin	Etablissement expérimental
Pas assez informé	64,4	71,0
Bien informé	33,7	25,7
Ignore le problème	1,9	3,3
	100,0	100,0

n = 1804 réponses utilisables, p = 0,0004.

Cette différence est moins nette dans l'enseignement court.

De même les tableaux (1.3.3.2.1) 2 et 3 montrent la liaison entre le nucléaire et le fait que dans la classe il y ait un élève de l'atelier vidéo.

Tableau (1.3.3.2.1) 2

Nucléaire et enseignement long

	Classe sans élève atelier	Classe avec élève atelier
Pas assez informé	68,3	78,3
Bien informé	29,7	18,4
Ignore le problème	2,0	3,3
	100,0	100,0

n = 1148 réponses utilisables, p = 0,0029

Tableau (1.3.3.2.1) 3

Nucléaire et enseignement court

	Etablissement témoin	Etablissement expérimental
Pas assez informé	78,5	82,3
Bien informé	20,0	11,2
Ignore le problème	1,5	6,5
	100,0	100,0

n = 257 réponses utilisables, p = 0,0440

Bien que nous devions rester prudents quant à nos conclusions, **il semble que les élèves qui ont été en contact plus ou moins direct avec notre action ait acquis (au moins pour certains) un réflexe d'interrogation sur les grands problèmes qui agitent notre société.** Cela pourrait alors signifier que le type d'action (approche participative et communautaire) que nous avons mis en place a un effet éducatif d'ordre général et change non pas seulement les attitudes vis-à-vis du sida, mais aussi vis-à-vis des autres grands problèmes. Ce point serait à explorer dans les études futures car nous touchons là au cœur même de l'éducation au sens de l'autonomisation du sujet.

Sans que nous entrons dans le détail, l'examen de cette deuxième partie de l'Annexe 4 nous permet de voir le rôle important que joue le type d'établissement et le sexe du sujet sur la relation à l'information. Nous y reviendrons plus loin.

Les modes de transmission du sida

Il n'y a pas à ce niveau de liaison importante sinon que la transmission mère-enfant préoccupe surtout les filles, ce qui apparaissait déjà dans la première enquête.

En terme d'effet de l'action, la différence observée pour la perception du risque lié à l'usage de seringues usagées n'est pas à retenir. En effet cette différence est minime (97,9 % contre 99,2 %) et de plus le nombre théorique de sujets est insuffisant dans une des cases du tableau, ce qui invalide le test.

Mais cette absence de différence n'a rien d'étonnant. Le niveau de connaissance des adolescents sur les modes de contamination était déjà très élevé avant l'action (90 à 99 % des adolescents savent). Il était donc difficile de pouvoir faire mieux de façon significative.

Les pratiques sexuelles et leurs images

L'examen du tableau des tris croisés de l'annexe nous montre que l'action n'est pas parvenu à modifier les pratiques sexuelles ni les attitudes et opinions. La liaison de STRAT avec le nombre de partenaires et l'utilisation de préservatif dans les six derniers mois est en fait très faible et parfois incohérente. Cela pourrait être du à deux raisons :

- L'enquête a été faite à peine un mois après la diffusion des films. Or nous savons que le

temps nécessaire pour modifier des attitudes et à plus forte raison des comportements est souvent plus long.

- Nous pouvons constater que ces pratiques et attitudes sont très fortement liées à d'autres déterminants qui sont le sexe, le nombre de partenaires, les croyances et pratiques religieuses. En fait nous sommes renvoyés à tout un tissu culturel auquel le type de lycée fréquenté n'est pas étranger.

En fait, l'analyse comparative du § 1.3.3.3. montrera le rôle joué par le type d'établissement.

A la question "**Avez-vous déjà eu des rapports sexuels**", 38 % des personnes interrogées répondent aucun, 18 % ayant préféré ne pas répondre. Comme le montrent les tableaux (1.3.3.2.1) 4 et 5 cette distribution est fortement liée au type d'établissement et au sexe.

Tableau (1.3.3.2.1) 4

Nombre de partenaires en fonction du sexe

	Nombre de partenaires					Total
	Aucun	Un	Deux	Trois et plus	Non rép.	
Homme	277 28%	224 23%	84 9 %	190 19 %	206 21%	981 100%
Femme	544 47%	266 23%	77 7%	98 8 %	177 15 %	1162 100%

$\chi_{4ddl}^2 = 107.8 ; p < 10^{-4}$

Tableau (1.3.3.2.1) 5

Nombre de partenaires en fonction du type de lycée

	Nombre de partenaires					Total
	Aucun	Un	Deux	Trois et plus	Non rép.	
Lycée	761 42 %	393 22 %	125 7 %	233 13 %	297 16 %	1809 100%
Lycée prof.	60 18 %	97 29 %	36 11 %	55 16 %	86 26 %	334 100%

$\chi_{4ddl}^2 = 71.4 ; p < 10^{-4}$

Les pourcentages du tableau (1.3.3.2.1) 4 sont conformes aux données de la littérature : les filles ont significativement moins de partenaires que les garçons. Bien qu'elles ne soient pas surprenantes, les valeurs du tableau (1.3.3.2.1) 5 apportent une information originale : les élèves des lycées professionnels ont un plus grand nombre de partenaires que les élèves des lycées classiques et techniques, le facteur âge n'expliquant pas cette différence significative.

Un autre phénomène mérite attention. Que ce soit dans la répartition selon le sexe ou dans la répartition selon le type de lycée, la proportion de non réponses est plus importante dans les groupes ayant globalement le plus de partenaires. Serait-il plus difficile dans ces groupes, d'avouer sa sexualité (ou l'absence de sexualité) ?

L'usage de préservatifs parmi les 939 sujets qui déclarent avoir des rapports sexuels (Question : "**Avez-vous déjà utilisé des préservatifs**") suit une distribution semblable comme le montre le tableau (1.3.3.2.1) 6.

Tableau (1.3.3.2.1) 6
Usage de préservatifs en fonction du sexe

	oui		non		Total	
Homme	370	74 %	128	26 %	498	100 %
Femme	268	61 %	173	39 %	441	100 %
Total	638		301			

$$\chi_{1ddl}^2 = 19.65 ; p < 10^{-4}$$

Quand elles ont des rapports sexuels, les filles sont moins nombreuses que les garçons à utiliser des préservatifs alors qu'elles sont plus nombreuses à déclarer qu'elles osaient demander à un petit ami d'utiliser un préservatif (79 % versus 73 %, $\chi_{1ddl}^2 = 12.72 ; p < 10^{-2}$). Ces déclarations d'intention non suivies d'effet montrent la distance qu'il peut y avoir entre les opinions et les comportements.

La menace

Comme les pratiques et attitudes sexuelles, la perception de la menace ne semble ici pas avoir été modifiée par l'action. Nous invoquerons encore les mêmes raisons.

Lorsqu'on demande aux lycéens d'estimer par rapport à la population moyenne leur risque d'être contaminés par le virus du sida, ceux des lycées professionnels se distinguent par des réponses extrêmes significativement plus fréquentes (Tableau (1.3.3.2.1) 7)

Tableau (1.3.3.2.1) 7

Perception du risque d'être contaminé par rapport à la population générale

	Risque								Total	
	Supérieur		Identique		Inférieur		Aucun			
Lycée clas. ou techn.	97	5 %	851	47 %	591	33 %	270	15 %	1809	100 %
Lycée professionnel	44	13 %	126	38 %	81	24 %	83	25 %	334	100 %
Total	141		977		672		353			

$$\chi_{3ddl}^2 = 54.75 ; p < 10^{-4}$$

Si la perception d'un risque supérieur à la moyenne s'explique dans les lycées professionnels par le plus grand nombre de partenaires, le fait qu'une plus forte proportion d'élèves se sentent hors risque est plus délicate à interpréter. Il semble que nous retrouvions ici l'effet diplôme (ou niveau culturel). Les personnes ayant un niveau culturel plus bas ont tendance à, soit se désintéresser de certains problèmes, soit donner à ceux-ci un caractère spectaculaire. A l'inverse les "diplômés" sont plus pondérés, réservant leur jugement, s'auto-censurant. Ce phénomène se confirme lorsque l'on constate par exemple que les élèves des lycées professionnels sont plus nombreux à penser que le virus peut se transmettre en donnant son sang (40 % versus 32 %, $\chi_{1ddl}^2 = 9.23 ; p < 10^{-2}$) ou mieux dans les toilettes publiques (18 % versus 11 %, $\chi_{1ddl}^2 = 12.55 ; p < 10^{-3}$). Les modes de transmission admis par les experts sont par ailleurs bien connus de tous, comme nous l'avions déjà constaté dès la première enquête.

Les élèves des lycées professionnels se distinguent aussi par le fait qu'ils parlent du Sida avec leurs enseignants beaucoup plus volontiers que ceux des autres lycées (44 % versus 25 %, $\chi^2_{1ddl} = 54.74$; $p < 10^{-4}$), ce qui peut s'expliquer par une plus grande proportion d'enseignement pratique (en atelier par exemple) favorisant la communication maître élève.

La mort semble faire peur surtout aux filles ; si elles apprenaient qu'elles étaient séropositives, elles auraient plus peur que les garçons de mourir (79 % versus 60 %, $\chi^2_{1ddl} = 96.28$; $p < 10^{-4}$), plus peur d'être rejetées (69 % versus 60 %, $\chi^2_{1ddl} = 18.45$; $p < 10^{-4}$). Elles sont aussi plus conscientes du risque de transmettre la maladie au bébé in utero (96 % versus 87 %, $\chi^2_{1ddl} = 50.52$; $p < 10^{-4}$).

Le dépistage

Les items relatifs au dépistage sont essentiellement liés au nombre de partenaires et semblent ici totalement indépendants de l'action.

Les modifications de comportement de l'individu

Les deux items relatifs aux modifications de comportement ne sont absolument pas modifiés dans cette analyse par le programme dans un délai aussi bref. Nous voyons par contre que la modification de comportement dans les six derniers mois (comportement déclaré) est étroitement lié au nombre de partenaires (ce qui est heureux) et à la peur de la maladie. Cette dernière constatation nous amène à nous interroger sur tout ce qui a été décrit à propos de l'usage de la peur et nous renvoie à la "balance des déterminants du comportement" que nous proposons au § 3.2.2. Chez un sujet jeune ayant plusieurs partenaires, l'implication psycho-affective est suffisamment faible pour que la perception de la menace n'entraîne pas de blocage mais au contraire incite au changement de comportement.

Comportement vis-à-vis des malades

La réaction qu'auraient les adolescents interrogés face à un malade n'est pas liée à court terme à l'action éducative mais essentiellement au sexe et en partie à la religion. Ce sont effectivement les deux déterminants principaux du caractère agressif ou généreux du comportement.

Au terme de cette analyse des tris croisés portant sur les seules données de la deuxième enquête, il semble qu'à brève échéance, l'action a eu un effet limité sur les pratiques et attitudes sexuelles. Ces conclusions devront être confrontées à celles de l'analyse comparative du § 1.3.3.3. Cependant nous retiendrons comme élément intéressant qu'il conviendrait de confirmer, **la capacité de telles actions de type communautaire à éveiller le sens critique et la curiosité des adolescents, donc a avoir un rôle éducatif au sens le plus noble tu terme.**

1.3.3.2.2. Les corrélations et l'analyse en composantes principales

Nous avons vu dans l'analyse des tris croisés, que si bon nombre de variables ne sont pas à court terme liées à l'action, ces variables sont par contre souvent liées entre elles. L'objet de la deuxième partie de l'analyse présentée en Annexe 4, pages 324 à 338, est précisément de mettre en évidence ces liaisons multiples.

Dans un premier temps, chacune des 55 questions¹ portant sur les thèmes de conflit a été étudiée et associée aux autres thèmes lui étant les plus corrélés. C'est ainsi qu'on peut constater par exemple que la question 11, "*contre la pornographie*" est corrélée négativement à "*pour des femmes nues à la télé*" et "*normal d'avoir plusieurs partenaires*", et corrélée positivement à "*censurer certains livres*" (rappelons que nous étions à l'époque en pleine affaire Salman Rushdy) et "*pas de relation sexuelle sans amour*".

Nous pouvons remarquer qu'un thème apparemment purement sexuel appartient en fait à un champ qui est celui de l'acceptation ou non de certaines valeurs (non forcément sexuelles).

¹ Dans le questionnaire figurant en annexe 4, il s'agit des questions 45 à 99. Dans l'analyse qui suit le questionnaire, ces questions sont prises dans le même ordre et numérotées de 1 à 55. C'est à cette deuxième numération que renvoient les commentaires de ce § 1.3.3.2.2.

La question 21 "*rétablir la peine de mort*" associée à "*homosexuels dangereux pour la société*" et "*punir les toxicomanes*" nous donne un autre exemple d'association entre des thèmes apparemment étrangers l'un à l'autre. En fait, par delà le sujet traité, nous sommes, dans ce deuxième exemple, dans un discours répressif contre tout ce qui est "hors normes". Et c'est ce discours qui détermine la position prise et non pas ce dont on parle.

Si un tel examen de chacune de ces 55 questions est très instructif, il nous manque une vision plus globale du réseau de ces corrélations. C'est ce que nous apporte l'analyse en composante principale qui sera présentée comme illustration de l'analyse factorielle des représentations.

1.3.3.3. Evaluation comparative des effets

L'évaluation de l'effet obtenu en comparant l'avant-après du groupe expérimental à l'avant-après du groupe témoin se fonde sur le test d'homogénéité habituellement pratiqué avant le test de Mantel et Haenszel. Ce test revient à comparer k tableaux de contingence (2 x 2) en calculant la statistique

$$\sum_{i=1}^k w_i (\text{Log } \alpha_i)^2 - \left(\sum_{i=1}^k w_i \right) (\text{Log } R_w)^2$$

où $\text{Log } \alpha_i$ est le logarithme népérien du rapport des produits croisés du $i^{\text{ème}}$ tableau, W_i la variance de $\text{Log } \alpha_i$, soit l'inverse de la somme des inverses des quatre valeurs du $i^{\text{ème}}$ tableau et $\text{Log } R_w$ la moyenne des $\text{Log } \alpha_i$ pondérés par les W_i . Cette statistique suit approximativement un loi du χ^2 à $k-1$ degrés de liberté. Dans le cas présent, il s'agit de comparer le groupe action au groupe témoin donc $k = 2$. Il faut remarquer enfin que ce test ne peut prendre en compte que des critères de comparaison correspondant à des variables binaires. La figure (1.3.3.3) 1 illustre la situation.

		groupe action i=1			groupe témoin i=2	
		avant	après		avant	après
variable étudiée	oui	a_{11}	a_{12}	oui	b_{11}	b_{12}
	non	a_{21}	a_{22}	non	b_{21}	b_{22}
		$\alpha_1 = \frac{a_{11} \quad a_{12}}{a_{21} \quad a_{22}}$			$\alpha_2 = \frac{b_{11} \quad b_{12}}{b_{21} \quad b_{22}}$	

Figure (1.3.3.3) 1

Comparaison par le test d'homogénéité

Les questions étudiées dans ce sous chapitre sont celles que l'on retrouve dans les deux questionnaires. Nous les repérerons par leur numéro d'ordre dans le deuxième questionnaire figurant dans la première partie de l'Annexe 4, pages 281 à 292.

Les résultats de l'analyse réalisée au § 1.3.3.2, montrent que le type d'établissement joue un rôle important dans les représentations et les comportements des lycéens. Ceci nous a conduit à faire systématiquement une double analyse, l'une pour l'enseignement long (lycées classiques et techniques), l'autre pour l'enseignement professionnel.

La distinction entre groupe expérimental (ou groupe action) et groupe témoin reprend le choix fait au § 1.3.2.2.7 de mettre le lycée Mermoz de Montpellier et le lycée Henri IV de Béziers dans le groupe témoin.

La fusion des fichiers avant et après, la "binarisation" de certaines variables, fait que les pourcentages obtenus ici sont parfois sensiblement différents de ceux observés dans les autres sous chapitres ou les annexes pour l'enquête avant ou l'enquête après. Rappelons enfin que les sujets de l'enquête après ne sont pas en général les mêmes que les sujets de l'enquête avant et que les tests utilisés retiennent l'hypothèse d'indépendance des deux échantillons.

Les tableaux des § 1.3.3.3.1 à 1.3.3.3.8 précisent chacun pour enseignement long et enseignement professionnel, pour groupe action et groupe témoin, pour enquête avant et enquête après, le pourcentage de réponses positives à la question étudiée. En fait, pour chaque avant-après, on a la première ligne d'un double tableau de contingence du type de celui de la figure (1.3.3.3) 1. La case P/N précise la probabilité du χ^2 correspondant et l'effectif total N du tableau de contingence. Après deux avant-après, p précise la probabilité p du χ^2 du test d'homogénéité. Si $p < 0.05$, on peut conclure que les deux tableaux diffèrent significativement.

1.3.3.3.1. La perception de l'information

Sont traitées dans ce paragraphe les questions 13 et 14. Les résultats sont présentés dans le tableau (1.3.3.3.1) 1.

* Question 13 : "*Pensez-vous être informé sur le sida **en quantité***" ?

Les réponses "beaucoup trop", "trop", "suffisamment" ont été regroupées de même que "pas assez" et "pas du tout". Les réponses "je ne sais pas" ne sont pas prises en compte. Les pourcentages sont donc calculés par rapport aux réponses positives et négatives.

Le sentiment d'avoir reçu une information importante en quantité a partout augmenté très significativement entre avant et après. Mais le phénomène ne semble être lié à l'action, les tests d'homogénéité demeurant non significatifs.

Tableau (1.3.3.3.1) 1
Perception de l'information

	Enseignement long									Enseignement p				
	Action			Témoïn			Homog	Action			Témoïn			
	AV	AP	P/N	AV	AP	P/N	P	AV	AP	P/N	AV	AP	P/N	P
En quantité	58.7	71.6	0.0000	63.5	80.00	0.0000	0.0960	49.5	69.7	0.0000	59.3	68.6	0.0743	0.1302
			2132			1373				563			423	
En qualité	67.8	7.87	0.0000	72.8	77.2	0.0535	0.0375	68.1	79.3	0.0042	72.5	76.5	0.3758	0.2315
			2343			1475							478	

* Question 14 : "*Pensez-vous que l'information que vous avez reçue jusqu'à présent soit en **qualité***"

Les réponses sont regroupées comme pour la question précédente.

Le sentiment d'avoir reçu une information de qualité a encore une fois augmenté très sensiblement dans tous les cas. Mais on peut observer que cette augmentation est significativement plus importante dans le groupe action de l'enseignement long. On retrouve pratiquement la même situation, les mêmes pourcentages dans l'enseignement professionnel.

La présence d'une significativité dans un cas ($p = 0.0042$), son absence dans l'autre ($p = 0.3758$) devrait nous permettre de conclure à la présence d'un effet action. En fait, le test d'homogénéité n'est pas significatif, mais il est clair que le test ici manque de puissance du fait du nombre de sujets moins important que dans l'échantillon de l'enseignement long. Nous nous garderons cependant de conclure.

1.3.3.3.2. La communication à propos du sida

L'évolution de la communication à propos du sida avec les personnes de l'entourage (personnes du réseau social du sujet) est étudiée à partir des réponses à la question 15 : "*avec qui parlez-vous volontiers du sida ?*". Le tableau (1.3.3.3.2) 1 expose les résultats.

D'une manière générale le fait de parler du sida avec ses proches s'est amplifié de façon significative dans quasiment tous les cas.

Dans l'enseignement long, il n'y a pas de différence d'amplification de cette communication entre le groupe action et le groupe témoin, sauf pour ce qui est d'en parler avec les frère ou sœur ou avec une copine, où la modification est plus importante dans le groupe témoin et ce de façon significative, sans que nous puissions expliquer ce phénomène.

Dans l'enseignement professionnel au contraire, l'amélioration de la communication est systématiquement plus importante dans le groupe action que dans le groupe témoin, mais la différence n'est jamais significative. On peut noter cependant deux situations plus caractéristiques, celle concernant la communication avec le père, et celle concernant la communication avec la petite amie ou le petit ami.

Sans qu'on puisse conclure, il semble qu'à ce niveau l'action n'ait pas eu d'effet, sinon un effet paradoxal dans l'enseignement long.

Tableau (1.3.3.3.2) 1
Personnes avec lesquelles on parle du sida

Avec qui	Enseignement long									Enseignement p				
	Action			Témoïn				Homog	Action			Témoïn		
	AV	AP	P/N	AV	AP	P/N	P	AV	AP	P/N	AV	AP	P/N	P
Père	39.2	50.2	0.0000	36.9	48.5	0.0000	0.8590	29.1	45.5	0.0001	30.2	37.6	0.1360	0.1962
			2315			1425				619			465	
Mère	56.6	70.7	0.0000	57.7	68.0	0.0001	0.2310	48.8	65.6	0.0001	48.6	54.1	0.2927	0.0903
			2331			1444				626			470	
Frère ou sœur	26.5	44.1	0.0000	24.5	52.0	0.0000	0.0047	23.7	56.0	0.0000	21.6	51.3	0.0000	0.8203
			2284			1406				618			465	
Enseignant	7.7	25.2	0.0000	6.4	29.0	0.0000	0.0766	19.6	54.3	0.0000	19.5	45.7	0.0000	0.2602
			2291			1399				618			464	
Copain	57.9	79.9	0.0000	57.2	82.4	0.0000	0.2139	54.6	85.9	0.0000	64.1	85.5	0.0000	0.2293
			2337			1460				628			479	
Copine	63.9	83.6	0.0000	57.4	84.9	0.0000	0.0223	59.4	85.1	0.0000	54.9	79.8	0.0000	0.5914
			2341			1454				624			472	
Petit ami	27.9	62.4	0.0000	29.4	66.3	0.0000	0.5334	33.0	79.8	0.0000	34.8	71.3	0.0000	0.0826
			2303			1421				621			470	

1.3.3.3.3. Les moyens d'information

La question 16 : "Pour vous informer sur le sida" aborde les différents types d'information par lesquels les lycéens se souviennent avoir été touchés.

D'une manière générale, on note une augmentation très importante et significative de l'accès à l'information, mais le minitel reste très peu utilisé malgré l'existence de plusieurs bases d'information. La télévision des chaînes nationales ou régionales, suivie par les films et cassettes vidéo constituent les deux média les plus importants.

Les lycéens qui n'étaient pas soumis à notre action ont fait l'objet des actions préventives qui se pratiquent habituellement et de ce fait ont reçu une information significativement plus intensive, surtout sous forme de conférences et de présentations de cassettes vidéo.

Tableau (1.3.3.3.3) 1
Les moyens d'information

	Enseignement long										Enseignement p			
	Action			Témoïn				Homog	Action			Témoïn		
	AV	AP	P/N	AV	AP	P/N	P	AV	AP	P/N	AV	AP	P/N	P
Minitel	1.6	2.0	0.5454 2298	1.5	1.9	0.5339	0.8973	1.4	3.0	0.1748 610	3.2	2.6	0.7540 464	0.2590
Brochures spécialisées	18.6	58.9	0.0000 2330	24.2	60.8	0.0000	0.0960	12.4	62.8	0.0000 626	13.2	60.08	0.0000 473	0.6213
Conférence	10.9	38.0	0.0000 2321	4.4	39.5	0.0000	0.0000	11.5	28.6	0.0000 618	9.5	39.5	0.0000 467	0.0404
Film cassette	5.7	55.1	0.0000 2320	7.2	72.1	0.0000	0.0252	25.1	65.7	0.0000 624	14.1	78.0	0.0000 480	0.0000
Emission TV	65.8	84.2	0.0000 2344	66.0	84.6	0.0000	0.9089	65.0	89.6	0.0000 635	61.8	85.00	0.0000 481	0.4476

1.3.3.3.4. Croyances et connaissances sur la transmission du sida

Les connaissances sur le sida sont appréciées aux moyens des réponses à la question 18 sur les façons d'attraper le sida (ou ne pas l'attraper) et la question 19 sur la transmission de la mère à l'enfant.

Les modes de transmission épidémiologiquement confirmés en 1988-1989 sont parfaitement connus. Nous n'avons pas reproduit les résultats pour les rapports sexuels.

La défiance par rapport à la transfusion et par rapport au baiser semble s'être amélioré dans les groupes avec action, mais les tests d'homogénéité ne sont pas significatifs.

Les fausses croyances sont souvent interprétées comme un défaut de connaissance que l'on peut corriger par l'information. Pour notre part, nous pensons qu'il s'agit plutôt d'un système de défense. Face à une maladie lourde de symbole, qui atteint le corps physique mais aussi le corps social, l'individu se protège et refuse tout contact direct ou indirect, demeurant sourd à toute information. L'interrogation doit alors venir du dedans.

Tableau (1.3.3.3.4) 1
Croyances et connaissances sur la transmission du sida

	Enseignement long										Enseignement p			
	Action			Témoïn				Homog	Action			Témoïn		
	AV	AP	P/N	AV	AP	P/N	P	AV	AP	P/N	AV	AP	P/N	P
Serrement mains	0.8	1.1	0.5345 2257	0.9	0.4	0.2019 1420	0.1685	0.5	0.5	0.9554 600	1.3	0.0	0.1872 435	0.4567
même vaisselle	2.5	2.0	0.4692 2172	2.5	2.0	0.4909 1356	0.9344	3.3	1.7	0.2807 570	3.7	2.4	0.4742 066	0.8126
Piscine	3.7	1.9	0.0205 2127	3.7	1.8	0.0328 1352	0.8775	3.1	1.1	0.1438 566	3.5	2.4	0.5543 413	0.5030
Don de sang	41.1	32.1	0.0000 2216	41.4	34.6	0.0103 1400	0.4915	53.5	42.3	0.0123 582	47.9	45.0	0.5791 434	0.2296
Recevoir du sang	92.6	87.5	0.0001 2287	91.7	88.2	0.0292 1425	0.4575	94.2	88.4	0.0119 607	92.0	90.9	0.6883 459	0.1978
usage de seringues	99.4	99.4	0.8444 2323	99.2	98.4	0.1929 1457	0.4546	99.1	98.5	0.5113 621	98.5	99.3	0.5140 468	0.3699
Baiser	9.5	4.4	0.0000 2165	9.2	4.9	0.0021 1375	0.5370	10.5	3.3	0.0032 585	11.0	8.5	0.4412 420	0.0955
Dentiste	24.7	29.3	0.0208 2070	19.0	28.6	0.0001 1269	0.0767	29.5	35.8	0.1351 553	26.8	32.2	0.1406 395	0.8366
même brosse à dents	29.5	29.9	0.8306 2008	30.0	34.8	0.0775 1255	0.2156	30.1	42.3	0.0071 518	32.2	38.3	0.2602 253	0.3903
même rasoir	53.5	65.4	0.000 2009	52.1	64.3	0.0000 1214	0.9458	46.2	66.5	0.0000 535	48.8	64.3	0.0053 397	0.5073
Femme enceinte peut transm.	98.7	98.9	0.7202 2088	98.7	98.9	0.9922 1341	0.8246	99.2	98.9	0.7180 542	96.4	96.7	0.8746 397	0.6985

1.3.3.3.5. Les réactions à l'annonce de la maladie

La question 20 demandait "Vous apprenez que vous êtes séropositif, quelle est votre réaction ?".

Le point à souligner dans le tableau (1.3.3.3.5) 1 est le frein mis par l'action au sentiment de révolte impulsive dans l'enseignement long. En effet, l'augmentation de ceux qui déclarent "ce n'est pas juste, donc je contamine un maximum de personnes", est significativement moins importante dans le groupe avec action que dans le groupe témoin.

Tableau (1.3.3.3.5) 1
Les réactions à l'annonce de la maladie

	Enseignement long									Enseignement p				
	Action			Témoin				Homog	Action			Témoin		
	AV	AP	P/N	AV	AP	P/N	P	AV	AP	P/N	AV	AP	P/N	P
Honte	7.3	23.6	0.0000	7.8	22.3	0.0000	0.4777	11.7	26.3	0.0000	12.1	28.2	0.0000	0.8470
			2314			1416				618			472	
Peur de mourir	57.0	76.4	0.0000	57.8	74.8	0.0000	0.4289	53.3	65.9	0.0039	47.4	61.7	0.0056	0.8515
			2332			1445				622			476	
Pas d'importance	2.4	10.6	0.0000	2.8	11.2	0.0000	0.7700	3.2	20.9	0.0000	2.9	26.2	0.0000	0.4328
			2320			1424				620			470	
Plus de rap. sexuel	33.8	56.9	0.0000	31.7	54.0	0.0000	0.8799	30.9	48.0	0.0001	35.6	51.6	0.0017	0.8113
			2290			1406				614			474	
Peur d'être rejeté	51.2	68.3	0.0000	51.0	67.7	0.0000	0.8759	58.0	70.3	0.0040	52.0	68.0	0.0019	0.6465
			2236			1432				625			476	
Je préviens mon entour.	48.5	82.5	0.0000	45.1	76.6	0.0000	0.1382	42.9	78.7	0.0000	44.8	76.3	0.0000	0.4895
			2318			1427				626			479	
Pas juste	2.2	3.7	0.0307	0.3	5.0	0.0000	0.0036	0.7	6.3	0.0000	1.1	6.6	0.0010	0.5961
			2327			1428				6.18			469	

1.3.3.3.6. L'usage des préservatifs

La question 23 demandait "Avez-vous déjà utilisé des préservatifs" et la question 24 tentait de préciser les finalités de cet usage.

Deux choses sont à remarquer :

- Les préservatifs (avec ou sans action) sont plus utilisés dans les lycées professionnels que dans les lycées classiques ou techniques.
- L'action a significativement plus augmenté l'utilisation des préservatifs dans les lycées professionnels, là où ils étaient déjà plus dans les habitudes, alors qu'il semblerait y avoir une tendance inverse dans l'enseignement long (mais non significatif).

Tableau (1.3.3.3.6) 1
L'usage des préservatifs

	Enseignement long										Enseignement p				
	Action			Témoin				Homog	Action			Témoin			
	AV	AP	P/N	AV	AP	P/N	P	AV	AP	P/N	AV	AP	P/N	P	
Déjà utilisés	29.2	32.4	0.1000	33.1	39.2	0.0165	0.4222	35.9	56.0	0.0000	42.2	46.00	0.2513	0.0306	
			2272			1439				614			470		
Pour contraception	22.8	32.7	0.0000	28.1	35.2	0.0038	0.2691	27.5	46.4	0.0000	30.5	37.7	0.1254	0.0691	
			2360			1438				639			486		
Contre MST	11.0	25.8	0.0000	11.1	29.4	0.0000	0.3701	17.4	37.8	0.0000	16.1	31.9	0.0001	0.5830	
			2360			1483				639			486		
Contre sida	8.9	26.1	0.0000	10.0	28.7	0.0000	0.9813	10.4	33.2	0.0000	8.9	30.4	0.0000	0.8982	
			2361			1483				639			486		
Pour essayer	6.1	7.9	0.0852	6.9	10.6	0.0144	0.446	7.7	10.7	0.2065	11.5	17.4	0.0830	0.7745	
			2361			1483				639			486		

1.3.3.3.7. Les rapports sexuels

L'étude de l'évolution des rapports sexuels repose sur la question 25 : "Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?" et la question 26 sur l'ancienneté du premier rapport.

Pour la question 25, les réponses "Oui avec une seule personne" et "Oui avec des partenaires différents" ont été regroupées pour être opposées à la réponse "non". La réponse "Je préfère ne pas répondre" a été rejetée de l'analyse. Cette dernière réponse n'est cependant pas négligeable si on considère la chute des effectifs.

Pour la question 26, nous avons opposé "Moins de six mois" aux autres réponses "Plus de six mois" en éliminant toujours "Je préfère ne pas répondre".

L'analyse de la question 25 nous paraît la plus riche en information. Il faut noter que l'âge moyen des échantillons avant et après est à peu près constant, donc ce qu'on apprécie par la différence, c'est l'augmentation ou la diminution des premiers rapports dans les promotions montantes. Or nous constatons que l'action a fait augmenter significativement l'abstinence dans l'enseignement long où le préservatif n'est pas très familier. Ce phénomène n'est pas retrouvé dans l'enseignement professionnel.

Tableau (1.3.3.3.7) 1
Les rapports sexuels

		Enseignement long									Enseignement p				
		Action			Témoïn				Homog	Action			Témoïn		
		AV	AP	P/N	AV	AP	P/N	P	AV	AP	P/N	AV	AP	P/N	P
Déjà eu	rapports sexuels	47.9	44.0	0.0786 2046	50.0	56.2	0.0277 1260	0.0049	60.0	76.3	0.0004 522	66.0	75.0	0.1000 381	0.3418
Depuis > 6	mois	18.8	20.3	0.5574 929	14.8	15.5	0.8137 677	0.8634	18.5	18.8	0.9512 339	15.8	11.5	0.3502 271	0.4315

1.3.3.3.8. Connaissance des centres de dépistage

Les questions 28 "Savez-vous où l'on peut se faire pratiquer un test de dépistage du sida ?" et 29 "Sinon souhaitez-vous savoir où l'on peut se faire pratiquer ce test ?" donnent les résultats du tableau (1.3.3.3.8) 1.

Nous sommes frappés par le fait que l'action au niveau des lycées professionnels (où l'on a plus de rapports sexuels) a participé à mieux faire connaître les centres de dépistage.

Tableau (1.3.3.3.8) 1
Connaissance des centres de dépistage

	Enseignement long									Enseignement p				
	Action			Témoin				Homog	Action			Témoin		
	AV	AP	P/N	AV	AP	P/N	P	AV	AP	P/N	AV	AP	P/N	P
Savez-vous où test	39.8	62.7	0.0000 2334	40.2	68.2	0.0000 1469	0.1037	32.5	71.4	0.0000 630	38.9	55.5	0.0010 471	0.0005
Voulez-vous savoir	69.7	68.9	0.7265 1856	66.6	63.6	0.2919 1115	0.5584	70.6	62.7	0.0764 554	68.4	65.5	0.5727 423	0.4684

1.4. Le bilan de l'action

L'évaluation de processus (§ 1.2) a démontré la faisabilité d'un tel projet. Mais cette faisabilité n'a pu être acquise qu'au prix d'un effort minimum de communication avec les responsables des établissements et grâce aux compétences et au savoir faire de l'animateur qui a joué un rôle fondamental.

Bien qu'étant moins interventionniste que ne le sont les pratiques habituelles (cf. § 1.3.3.3.3) notre action, même à court terme, s'est révélée être efficace à plusieurs niveaux :

- quant à la perception de la qualité de l'information (cf. § 1.3.3.3.1), ce qui participe à rassurer la population des jeunes ;
- quant à certaines réactions négatives possibles face à la maladie (cf. § 1.3.3.3.5) ;
- quant à l'usage des préservatifs dans les lycées professionnels (cf. 1.3.3.3.6) ;

- quant à l'abstinence dans les lycées classiques (cf. § 1.3.3.3.7) ;
- quant à une meilleure connaissance des centres de dépistage, pour les lycées professionnels (cf. § 1.3.3.3.8) ;
- quant à la possibilité d'amener les adolescents à s'interroger sur les grands problèmes qui agitent notre société (cf. § 1.3.3.2.1).

Ces résultats doivent être mis en rapport avec le coût d'une telle action qui est (si on devait la reproduire en routine) celui d'un animateur plein temps et d'une bibliothèque itinérante pour huit établissements. En effet le coût restant, non négligeable certes, est lié au caractère expérimental de cette expérience imposant un travail de conception, d'évaluation et d'analyse assez lourd.

Même si ce n'est pas l'objet de ce travail, il convient de signaler par ailleurs l'évolution très importante de nombreux paramètres dans la population, indépendamment de l'action. Partout on a beaucoup plus parlé du sida, la perception de la maladie a beaucoup changé, les réactions face à la maladie ont évolué de façon spectaculaire (§ 1.3.3.3.5, "je préviens mon entourage" : 45 % Ø 80 % en moyenne). Les médias et plus particulièrement la télévision et la presse écrite ont vraisemblablement joué un rôle important dans ces changements. Le tableau (1.3.3.3.3) 1 montre la part d'impact de chacun d'entre eux.

Le rôle des organismes d'information et de prévention comme l'AFLS et des associations spécialisées comme AIDE n'est sûrement pas négligeable, bien qu'il soit difficile à évaluer précisément. Leur action en effet s'est manifestée à travers les médias cités ci-dessus mais aussi à travers les prospectus et brochures spécialisées dont on voit qu'ils ont touché plus de la moitié de notre échantillon. Il conviendrait dans un autre travail d'approfondir l'analyse de ces résultats. Une telle analyse permettrait peut-être de participer à améliorer la connaissance que nous avons des mécanismes d'action des médias.

C'est dans le cadre de cette forte activité médiatique que s'est située notre action. Ceci soulève deux questions auxquelles nous ne répondrons pas ici :

- quelle est l'importance de l'interaction entre cette situation et l'effet de notre action ?
- quelle effet aurait produit notre action dans un autre contexte ?

Il est intéressant de remarquer que l'action n'a pas eu les mêmes effets sur les élèves des lycées professionnels et ceux des lycées classiques ou techniques. En fait elle a permis aux uns et aux autres de trouver l'attitude préventive conforme à la norme de leur groupe.

Elle a favorisé l'usage du préservatif dans les lycées professionnels et diminué la survenue d'un premier rapport dans les lycées classiques. Ces deux conceptions de la prévention sont des conceptions qui prévalent respectivement dans chacun de ces deux types d'établissement comme nous avons pu le constater par ailleurs.

La notion de norme du groupe est fondamentale en ce sens qu'on ne peut pas espérer la changer (le peut-on et le doit-on ?), surtout en peu de temps. Elle renvoie à ce que J.-C. ABRIC [1] et C. FLAMENT [51] désignent comme le noyau central des représentations, relativement inamovible. Seuls les éléments périphériques des représentations sont susceptibles de changer assez facilement. Les publicitaires ont bien pressenti ce phénomène en se fixant deux règles importantes :

1. Bien cibler la population visée par la campagne afin d'adapter cette dernière aux représentations de la première.
2. Aller dans le sens des représentations, et surtout dans le sens du noyau central de celles-ci. "Chercher la vague et la prendre au passage" disent-ils en s'inspirant de la pratique du surf.

A. ROUGE [115] avait déjà constaté qu'en fait le plus souvent une action préventive renforce les positions propres des uns et des autres. C'est un peu ce que nous constatons ici.

L'intérêt de notre action pédagogique est d'être participative donc "autociblée". En effet, nous n'avons pas apporté des informations de type incitatif, nous n'avons pas imposé ni même proposé des solutions préventives toutes faites et figées. Nous avons laissé les adolescents construire leur propre prévention, établir leur propre débat qui de ce fait ne pouvaient que coller à leurs représentations particulières. L'évaluation de processus et les différents rapports qui ont été rendus nous permettent de penser que des modifications importantes se sont produites tant au niveau des adultes que des adolescents sur, entre autre, la façon de percevoir les problèmes du sida et tout simplement l'éducation pour la santé. Mais ces modifications qui n'étaient pas prévues, ni même envisagées, n'ont pas pu être mises en évidence et précisées par l'analyse statistique.

Deux choses apparaissent dès lors très importantes :

- Il faut parfaitement définir le modèle éducatif qui sous-tend (plus qu'il ne dirige) l'élaboration de l'action. Il faut s'interroger sur les processus psychologiques ou sociaux que l'on souhaite mettre en œuvre en fonction de la situation particulière rencontrée.
- Il faut s'assurer les moyens d'évaluation correspondant aux modèles éducatifs envisagés. Par exemple dans notre cas, il est évident qu'il est indispensable d'avoir une bonne information sur les représentations des différents groupes de sujets en présence. Cela implique de trouver des outils statistiques adaptés.

Ces deux remarques nous ont conduit à entreprendre une recherche des différents outils et théories disponibles. C'est le résultat de cette recherche et quelques propositions que nous avons été amenés à faire que nous présentons ci-dessous.

2. L'EDUCATION POUR LA SANTE : DEFINITIONS, MODELES ET STRATEGIES

Si nous nous référons à J.-P. PETER [106], toutes les cultures possèdent et transmettent à travers les générations une accumulation de savoirs utiles sur le corps. Ces savoirs s'expriment sous forme de traditions réglant l'usage de ce corps. Ces traditions pourraient être considérées comme les précurseurs de ce que nous appelons aujourd'hui la prévention. En fait, comme le constate encore J.-P. PETER, dans la société occidentale, la relation au corps est marquée par le concept de santé qui ôte la maladie de son ordre cosmique et divin pour le ramener à l'individu qui devient alors responsable (fautif) de son mal. J.-P. PETER fait remonter ce point de vue bien loin, jusqu'à l'école médicale d'Hippocrate, alors que Périclès lors de la grande peste d'Athènes, s'adresse au peuple en disant que la maladie n'est qu'un accident profane, indépendant des dieux et demande aux citoyens de veiller sur eux-mêmes, de se protéger, de nettoyer ... Même si pendant une partie de l'ère chrétienne, la maladie reprend son statut de punition divine, le sujet en assume toujours la responsabilité à travers le péché.

Les hygiénistes de la fin du XVIII^{ème} siècle, puis les pasteurien, et maintenant nos confrères cliniciens, tous ont suivi et suivent la même voie. Les sciences de la vie, dont l'épidémiologie, nous aident chaque jour à mieux préciser les causes de maladies, pour le traitement desquelles nous dépensons beaucoup d'énergie et d'argent. Il semble donc tout à fait naturel et légitime que nous nous adressions à nos concitoyens pour les informer des dangers qui les guettent et les exhorter à être raisonnables et sages. Ainsi commence l'éducation pour la santé moderne qui consiste alors à **instruire** les gens en matière d'hygiène de façon à ce qu'ils **appliquent leurs connaissances** au perfectionnement de leur santé. Personne ne peut nier les progrès remarquables que l'on doit attribuer à plus d'un siècle d'activisme hygiéniste et qui se caractérisent par la maîtrise des grandes épidémies et l'augmentation spectaculaire de l'espérance de vie. Nous savons en effet que les efforts d'hygiène et de prévention (rendus possibles par une amélioration sensible des conditions de vie) a fait beaucoup plus dans ce sens que tout l'arsenal des nouvelles techniques thérapeutiques.

Mais tôt ou tard, notre condition humaine nous condamne à mourir. Aussi d'autres grandes causes de mortalité se sont substituées aux premières. Le cancer des bronches a remplacé la

tuberculose pulmonaire, les maladies cardiovasculaires ont remplacé la peste, la lèpre, le choléra. Les enfants ne meurent plus avant cinq ans (en Occident) de diphtérie, de coqueluche ou de rougeole, ils se suicident ou se tuent lors d'accidents avant vingt ans. Nous nous trouvons aujourd'hui confrontés à des pathologies dont les facteurs de risque sont plus complexes à gérer que ceux des épidémies d'hier. La prévention classique passant par l'instruction des populations n'est plus opérante. En 1981 E. LEVY [80] réagit et souligne "la naïveté apparente de certains messages d'éducation sanitaire qui se fondent sur l'hypothèse implicite qu'il suffit de dénoncer telle attitude ou comportement comme néfastes pour la santé pour que les récepteurs présumés de ces messages modifient leur façon de voir et leur ligne de conduite". A la même époque, M. O'NEILL [100] fait remarquer que le fait de savoir est rarement suffisant pour entraîner des modifications de comportement et émet l'idée de **stratégies persuasives** qu'il oppose aux stratégies coercitives (mesures législatives). Pour M. O'NEILL cette persuasion peut s'exercer au moyen de méthodes allant de l'**argumentation raisonnée** se fondant sur le **sens critique** du sujet, à la "persuasion clandestine" des publicitaires que l'auteur réprovoque pour des raisons éthiques.

A cette approche s'oppose celle qu'illustre N. BON [18] qui constate que "les programmes de prévention ou d'éducation sanitaire fondés sur une information qui s'adresse uniquement à la rationalité consciente sont peu efficaces".

A ce stade de la réflexion sur l'éducation pour la santé, tout le monde s'accorde pour dire que celle-ci ne peut être réduite à une simple information qui est le plus souvent culpabilisante ou effrayante. L'objectif visé est alors la modification des comportements et les définitions proposées de l'éducation pour la santé sont comportementalistes. Pour W. GRIFFITHS [63] l'éducation pour la santé vise à combler le vide qui sépare ce qui est connu sur les pratiques de santé optimales et ce qui est effectivement pratiqué. Pour L. GREEN [62], c'est l'ensemble des méthodes destinées à faciliter l'adoption volontaire de comportements favorisant la santé. Deux approches se distinguent, celle qui s'appuie sur une "argumentation raisonnée" et celle qui réfute cette argumentation. La première correspond schématiquement au courant de recherche américain des années 70-80 qui a conduit entre autres au "health belief model"¹. La deuxième est illustrée par la théorie de l'engagement ou de la soumission librement consentie.

¹ Les concepts, théories et modèles américains classiques seront souvent appelés par leur dénomination dans leur langue originelle. Cette dénomination américaine est d'ailleurs en général connue. Toute traduction dans ce cas est en effet exposée au double risque de lourdeur et de faux sens.

Il nous a semblé important de présenter un peu plus en détail ces deux approches qui se différencient par l'ordre chronologique présumé dans lequel s'enchaîne la pensée et l'action. Selon la théorie de la soumission librement consentie proposée par J.L. BEAUVOIS et R.V. JOULE [10] l'action précède la pensée, alors que dans le Health Belief Model par exemple le traitement de l'information et des contenus symboliques est supposé précéder et déterminer l'action. Nous parlerons par la suite d'approche "**pensée-action**" pour désigner celles où la pensée précède l'action comme dans le Health Belief Model, et d'approche "**action-pensée**" pour désigner celle où l'action précède la pensée comme dans la théorie de la soumission librement consentie.

Nous qualifierons ces premières approches d'"individuelles", dans la mesure où l'objet d'étude est l'individu, même si celui-ci est replacé dans un contexte social. Dans un deuxième temps, nous envisagerons des approches que nous appellerons sociales et politiques du fait qu'elles s'intéressent à des groupes, à leur structure, à leur fonctionnement. Cette distinction entre individuel et social revient en fait à aborder les problèmes à un niveau qui peut être soit intra, soit interindividuel et intrasituationnel.

2.1. L'approche individuelle de l'éducation pour la santé

2.1.1. L'approche "pensée-action"

Les écoles de psychosociologie américaines ont depuis longtemps travaillé à l'analyse des comportements, de leur genèse et de leurs changements. Ainsi les théories de l'apprentissage se sont nourries quelque peu des théories du "stimulus réponse" mais aussi et surtout des premières théories cognitivistes. Les unes remontent au behaviourisme de J.B. WATSON, les autres aux théories de la personnalité de K. LEWIN. Pour les premières, l'apprentissage est le fruit des événements. L'association d'un comportement à des résultats immédiats gratifiants est alors suffisante pour augmenter la probabilité que le comportement soit renouvelé. Pour les secondes généralement appelées "value expectancy theories", le comportement est fonction d'une part de la valeur subjective de son résultat et d'autre part de la probabilité perçue, de l'espoir, de l'attente (expectancy ou expectation en anglais), qu'une action particulière permette de parvenir à ce résultat.

L'intérêt que ces écoles ont porté très tôt à l'éducation pour la santé a donné lieu à un certain

nombre de modèles qui portent la marque de leurs origines. Nous présentons ci-dessous les deux plus représentatifs que nous comparons ensuite à quelques autres modèles du même type.

2.1.1.1. La "social cognitive theory" et le concept de "self-efficacy"

La théorie de l'apprentissage social de A. BANDURA [4], affinée et renommée "social cognitive theory" par ce dernier lui-même [5], puis reprise par V.J. STRECHER [121] et I.M. ROSENSTOCK [113] constitue un outil permettant de prévoir les changements des comportements de santé et leur stabilité dans le temps. C'est le concept de "self-efficacy". Partant de ce concept, ces derniers auteurs ont proposé des méthodes permettant de modifier les pratiques de santé.

Le "self-efficacy" se fonde sur l'hypothèse que le comportement est déterminé par les espérances, les attentes (expectancies, expectations) et les incitations (incentives).

Les attentes que l'on peut aussi considérer comme des perceptions ou des croyances sont de deux types : celles relatives à l'effet du comportement (outcome expectations) et celles relatives à ses propres capacités à faire (efficacy expectations).

Les "**outcome expectations**" consistent donc en l'ensemble des croyances qu'on a qu'un comportement donné est susceptible de conduire à un effet donné. Par exemple, on peut croire ou non que le fait de fumer favorise la survenue d'un cancer des bronches, on peut croire ou non que le fait d'avoir une activité physique, de faire du sport, protège plus ou moins de l'infarctus du myocarde.

Les "**efficacy expectations**" (qui donnent leur nom au concept de "self-efficacy") représentent la confiance que l'individu met dans ses capacités à réaliser le comportement souhaité pour parvenir à l'effet désiré. Par exemple le fait de penser qu'on est capable de suivre un régime hypocalorique conditionne fortement la réalisation effective du régime.

Il faut bien insister sur ceci que, plus que les aptitudes réelles du sujet et les conséquences réelles d'un comportement, ce sont surtout les perceptions que le sujet en a qui importent. Il faut noter aussi que dans l'esprit des auteurs, la perception qu'a le sujet de ses propres aptitudes à faire, n'est pas lié à sa personnalité, à ses traits de caractère, mais à la nature (perçue) du comportement spécifique à réaliser au contexte particulier dans lequel il se trouve comme nous le verrons plus loin. Cela signifie que les "outcome expectations" et "efficacy expectations" ne sont pas constantes pour un sujet, mais varient avec la situation et le type de comportement à réaliser.

La figure (2.1.1.1) 1 inspirée de V.J. STRECHER [121] permet de mieux préciser les rôles respectifs des "efficacy expectations" et des "outcome expectations".



Figure (2.1.1 1)1
Le mécanisme du concept de "self efficacy"

Si le sens logique de la mise en œuvre du concept se fait de la gauche vers la droite (ce qu'indiquent les flèches), le comportement étant le médiateur permettant la réalisation de l'effet, il semble que l'ordre chronologique soit opposé. Les "outcome expectations" seraient le générateur de la motivation initiale, alors que les "efficacy expectations" influenceraient secondairement à la fois la mise en œuvre et la persistance du comportement. Le schéma peut être commenté par l'exemple suivant. Pour qu'une personne (SUJET) arrête de fumer (COMPORTEMENT) pour des raisons liées à la santé (EFFET), il faut qu'elle croie à la fois que l'arrêt sera bénéfique pour sa santé ("outcome expectations") et aussi qu'elle sera capable de s'arrêter ("efficacy expectations").

Dans l'article cosigné par I.M. ROSENSTOCK et V.J. STRECHER [113] et postérieur à celui où V.J. STRECHER apparaît comme premier signataire [121], les auteurs ajoutent un troisième type d'attente, celle correspondant à la perception des signaux environnementaux et de leur signification causale, c'est-à-dire les croyances sur l'interrelation entre événements, sur le "quoi conduit à quoi". Il s'agirait alors dans le cas présent des croyances relatives au corps, à la santé, aux réactions de l'organisme face aux différents agents auxquels il est soumis dans son environnement.

Les incitations correspondent ici à la valeur accordée à un objet particulier ou à un effet qui peut être l'état de santé, l'apparence physique, l'approbation de l'entourage etc ... Les incitations sont liées à cet objet, non en lui-même, mais à travers l'interprétation qu'en fait le sujet, à travers la compréhension qu'il en a et la valeur qu'il lui accorde.

Ayant mis en évidence le rôle fondamental que joue le "je crois que je suis capable de" dans la réalisation effective d'un comportement, V.J. STRECHER [121] envisage les moyens de développer cette confiance dans ses propres capacités.

Fidèle à la théorie de l'apprentissage social dont il est issu, le concept de "self-efficacy" correspond à un apprentissage et dépend donc des informations qui l'alimentent. Deux choses importent alors, les sources de ces informations (V.J. STRECHER en cite quatre) et les processus à travers lesquels le sujet apprécie ces informations (V.J. STRECHER en décompte trois).

Les sources d'information :

L'expérience personnelle est la source d'informations qui affecte le plus la "croyance qu'on est capable de faire". L'atteinte d'un objectif après avoir surmonté des difficultés qui apparaissaient effrayantes, est le meilleur moyen de renforcer la confiance en soi. D'où l'idée d'une succession d'expériences au cours desquels le sujet maîtrise des comportements de plus en plus difficiles à obtenir. Le sujet améliore alors ses compétences, mais ce qui importe le plus c'est le degré de conscience qu'il en a.

L'expérience des autres, bien qu'à un degré moindre peut renforcer la confiance dans ses aptitudes à faire. "Si lui a été capable de s'arrêter de fumer, c'est que c'est possible et je dois pouvoir y arriver moi aussi".

L'impact de ces deux premières sources d'information sur la confiance en ses propres capacités est d'autant plus grand que l'effet du comportement souhaité doit donner lieu de façon claire à des gratifications évidentes.

La persuasion verbale comme stimulant de la confiance en soi est bien connu des éducateurs qui exhortent leurs patients à persévérer dans leur effort. Cette exhortation n'a d'ailleurs pas la même force selon le statut relationnel et affectif que le sujet attribue à celui qui l'émet. Même si nous connaissons les limites de ce moyen, nous ne pouvons pas nier son utilité dans certains cas.

L'état physiologique du sujet, tel que celui-ci le perçoit peut influencer de façon circonstancielle la confiance qu'il a en ses propres capacités. La fatigue, la douleur, un stress générateur d'anxiété peuvent être interprétés par le sujet comme un signe d'incapacité physique.

L'appréciation des informations

L'effet des informations sur le niveau de confiance en soi est modulé par plusieurs processus.

L'auto-observation sélective (selective self-monitoring) peut amener le sujet par exemple à focaliser son attention sur les aspects positifs des résultats de sa tentative. Il aura alors tendance à surestimer ses capacités, ce qui l'exposera au risque d'un échec dans les tentatives suivantes. Ce même sujet, en fonction de déterminants internes ou externes, peut ne voir que les conséquences négatives de sa tentative et sous estimer ses capacités, ce qui limitera sa perspective de nouvelles expériences et lui fera perdre des occasions d'acquérir plus de compétence.

La pondération de l'information peut être liée à l'image que le sujet a de lui et celle qu'il a de celui qui émet le message.

Dans le second cas, ce peut être par exemple le degré de crédibilité qu'il accorde à la personne qui l'exhorte à cesser de fumer.

Le processus d'attribution enfin caractérise le fait que le sujet attribue ou non le résultat d'une tentative d'action à ses propres compétences ou au hasard. A. BANDURA [[3]] fait remarquer que si le processus d'attribution agit sur la confiance dans ses capacités, la réciproque peut être aussi vraie. Il donne l'exemple d'une personne qui aurait une très haute idée de ses capacités et qui face à un échec occasionnel, attribuerait ce dernier au hasard ou à des circonstances particulières et passagères sans remettre en cause la perception de ses compétences.

Sur le plan pratique, on peut avancer que la recherche du comportement souhaité doit se faire par étapes de difficulté croissante avec des objectifs à court terme. Le "self-efficacy" sera alors progressivement renforcé après chaque succès.

2.1.1.2. Le "Health belief model"

Le "modèle des croyances relatives à la santé" (pour reprendre la traduction proposée par G. GODIN [57]) a été formulé dans sa forme originelle par G.M. HOCHBAUM [67] en 1958. Il a ensuite été développé et affiné par I.M. ROSENSTOCK, V.J. STRECHER et M.H. BECKER [112, 113], très imprégnés des "value-expectancy theories" dont nous avons parlé plus haut. Ce modèle qui avait pour objectif primitif d'expliquer les raisons du choix des personnes, de

participer ou non à des campagnes de dépistage médical repose sur l'hypothèse qu'un comportement positif d'un individu par rapport à sa santé est lié à la présence simultanée de trois classes de paramètres.

1) Le sujet doit se sentir concerné par sa santé et considérer celle-ci comme une composante importante de sa vie.

2) Le sujet doit être convaincu (to believe) qu'il est vulnérable et exposé à de sérieux problèmes de santé, ou à des séquelles diverses. Ce type de croyance peut être désigné comme la perception d'une menace pour sa propre santé.

3) Le sujet doit croire que l'adoption du comportement préconisé est susceptible de réduire la menace perçue et ce à un coût estimé acceptable. Ce coût estimé subjectivement par le sujet ne consiste pas seulement en un coût financier mais comporte aussi (et surtout) les difficultés perçues que le sujet doit surmonter pour réaliser le comportement souhaité. En fait tout se passerait comme si la croyance du sujet en l'efficacité du comportement pour réduire la menace, était pondérée par une évaluation consciente ou inconsciente des avantages et des inconvénients du comportement attendu.

Nous pouvons constater après d'autres auteurs [86] que la "social cognitive theory" de A. BANDURA et le "health belief model" ont beaucoup de points communs que nous mettons en correspondance dans le tableau (2.1.1.2) 1.

Tableau (2.1.1.2) 1
Correspondances entre les concepts de la "Social cognitive theory"
et ceux du "Health belief model"

Social cognitive theory	Health belief model
Les incitations. Valeur accordée par le sujet à la santé, l'apparence personnelle, etc... (Incentive)	La motivation en matière de santé.
Les croyances sur les interrelations entre événements environnementaux en rapport avec la santé (Environmental expectancies)	La perception de sa propre vulnérabilité et de la gravité de la maladie ou de ses séquelles. Perception de la "menace".
Les croyances sur les effets potentiels d'un comportement mais sans notion de coût ou de difficulté à surmonter dans la "social cognitive theory" (Outcomes expectations)	La perception des bénéfices éventuels d'un comportement, pondérée par le coût ou les difficultés à surmonter pour réaliser ce comportement.
Les croyances sur ses propres capacités à réaliser un comportement donné. (Self-efficacy expectations).	Pas d'équivalent dans le "health belief model" sinon dans la perception des difficultés à surmonter.

Nous remarquons que les deux modèles ont en commun la perception de la relation qui peut exister entre un comportement donné et les bénéfices qu'il peut engendrer en matière de santé. Mais le "health belief model" a le mérite de prendre en compte un paramètre que n'aborde pas la "social cognitive theory" qui est l'ensemble des difficultés à surmonter, exprimé sous forme d'un coût. Par contre la "social cognitive theory" introduit un concept original qui est la croyance dans ses propres capacités à réaliser un comportement donné. De plus, la "social cognitive theory" ayant mis en évidence le rôle fondamental de ce concept, analyse assez finement les différents paramètres (sources de l'information et pondérateurs de cette information) qui agissent sur les variations de ce concept. Le "self-efficacy" qui est en quelque sorte la confiance en soi, n'est pas sans rappeler fortement la suggestion qui est un des moteurs de l'effet placebo. Mais alors que tout est fait dans la méthode de l'essai thérapeutique pour se

débarrasser de cet effet (différence des effets mettant en évidence l'effet propre de la molécule), il est ici au cœur même du modèle, ce qui va créer une situation tout à fait différente de celle de l'essai thérapeutique au moment de l'évaluation.

2.1.1.3. Les autres modèles et concepts cognitivistes

Le "**locus of control**" [114] correspond à la perception qu'a le sujet de l'origine, de la cause d'un état de santé. Le sujet peut penser que son état de santé dépend de lui et donc situer le "lieu de control" de cet état de santé dans son propre comportement. Le "locus of control" sera alors dit interne. Dans le cas contraire, c'est-à-dire si le sujet pense que son comportement ne peut en rien changer sa santé, le "locus of control" sera dit externe (extérieur au sujet).

T.E. DIELMAN [45] distingue le "adult locus of control" parmi les "external locus of control". Ce concept est assez bien défini par les trois questions ci-dessous que T.E. DIELMAN utilise pour l'apprécier :

- "Croyez-vous que votre mère doit vous dire comment faire pour ne pas être malade ?"
- "Croyez-vous que seuls le médecin ou l'infirmière peuvent vous éviter d'être malade ?"
- "Croyez-vous que seul le dentiste peut prendre soin de vos dents ?"

A titre de comparaison voici deux questions empruntées encore à T.E. DIELMAN [45] permettant d'apprécier un "internal locus of control".

- "Croyez-vous que vous pouvez faire des choses pour éviter d'être malade ?"
- "Croyez-vous qu'il y a des choses que vous pouvez faire pour avoir des dents saines ?"

Le "internal locus of control" peut donc être comparé aux "outcome expectations" de la "Social cognitive theory", mais le modèle du "locus of control" n'aborde pas l'aspect envisagé par le concept de "self efficacy".

Il faut noter aussi que le "locus of control" concerne une croyance en général à propos de l'état de santé et ne dépend donc que du sujet alors que les "outcome expectations" sont spécifiques de chaque type de comportement conseillé comme nous l'avons déjà précisé.

I.M. ROSENSTOCK [113] montre cependant comment "locus of control" et "self efficacy" se complètent pour expliquer différentes situations dans lesquelles peut se trouver le sujet. Cette complémentarité est illustrée dans le tableau (2.1.1.3) 1.

Tableau (2.1.1.3) 1.
Combinaison du "self efficacy" et du "locus of control"

		Locus of control	
		Interne	Externe
Self-efficacy	Important	A	B
	Faible	C	D

Si nous nous référons aux hypothèses des deux modèles il est clair que la probabilité pour que le sujet réalise le comportement souhaité est maximum en A et minimum en D. B et C sont de ce point de vue beaucoup plus proches de D que de A. Prenons par exemple un sujet en A. Il croit que son comportement peut modifier sur son état de santé (internal locus of control) et de plus il est persuadé de pouvoir réaliser le comportement spécifique souhaité. Rien ne semble alors s'opposer à ce que le sujet entreprenne l'action conseillée.

En B le sujet est convaincu qu'il est capable de réaliser un comportement donné, mais il n'est pas évident pour lui que son comportement personnel puisse avoir un effet sur sa santé, il ne verra donc pas l'intérêt de réaliser ce comportement et effectivement ne le fera pas.

En C, le sujet est convaincu que son état de santé dépend de lui mais il se sent incapable de faire ce qu'il faudrait. En D, non seulement il se sent incapable de faire ce qu'il faudrait, mais en plus, il n'en voit pas l'utilité pour sa santé.

Le "self esteem" plutôt qu'un modèle doit être regardé comme le concept qui correspond à l'image positive que le sujet peut avoir de lui-même. Sans être identifiable au "self efficacy", il y est tout de même étroitement associé. Il peut être assimilé à l'une des causes du processus de pondération des informations que nous avons vu plus haut dans le cadre de l'appréciation des informations comme élément intervenant, avec la nature de la source d'information, sur le développement des "efficacy expectations". "Si j'ai en général une haute idée de moi, j'ai plus facilement tendance à croire que je suis capable de réaliser telle ou telle action particulière".

Mais le "self esteem" est aussi lié au "internal locus of control" dans la mesure où "si je ne crois pas que je suis quelqu'un de bien, si je me déprécie systématiquement, j'ai alors tendance à penser que je suis inutile, inopérant sur mon environnement et que je ne peux être à l'origine de mon état de santé". D'ailleurs, les questions permettant d'évaluer le "self estim" dans le questionnaire de T.E. DIELDMAN [45] évoqué plus haut, sont les mêmes que celles qui apprécient le "adult locus of control" et l'"internal locus of control".

Nous terminerons ce paragraphe en citant rapidement trois autres théories recensées par G. GODIN [57] et qui entrent dans le cadre de cette approche cognitive de l'éducation pour la santé.

La **théorie de l'action raisonnée** (theory of reasoned action) a pour objectif de prédire et comprendre un comportement spécifique et volontaire dans une situation bien définie en partant de l'hypothèse que le déterminant principal d'un comportement donné est l'intention de la personne de réaliser ce dernier. Cette intention, selon I. AJZEN et M. FISHBEIN¹ est déterminée d'une part, par l'attitude du sujet à l'égard du comportement (la valeur affective associée au comportement) et d'autre part par l'importance que le sujet accorde à l'opinion des proches et des autres en général (composante normative).

La **théorie des comportements interpersonnels** (Interpersonal behavior theory) de H.C. TRIANDIS¹ s'apparente un peu à la théorie de l'action raisonnée. Mais alors que pour cette dernière "tout comportement observé est réalisé à la suite d'une analyse systématique et consciente, le comportement étant par conséquent essentiellement volitif", la théorie des comportements interpersonnels soutient que certains comportements peuvent ne pas être sous le contrôle direct de la volonté consciente. Pour H.C. TRIANDIS, tout comportement résulte en fait de trois facteurs :

- 1) L'intention de réaliser un comportement (déjà abordé dans la théorie de l'action raisonnée).
- 2) La force de l'habitude donnant lieu à des comportements automatiques.
- 3) La présence de conditions qui facilitent ou limitent l'adoption du comportement.

La prééminence de l'habitude sur l'intention est liée au caractère nouveau ou non pour le sujet

¹ Nous reproduirons ici les références fournies par G. GODIN.

FISHBEIN M., AJZEN I. Belief attitude intention and behavior ; an introduction to theory and research. Don Mills, Ont. Addison Wesley 1975.

I. AJZEN, M. FISHBEIN. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs. N.J. PRENCTICE-HALL 1980.

TRIANDIS H.C. Interpersonal behavior. Monterey C.A. Brooks/Cole 1977.

du comportement à réaliser. Un comportement qui dans ses premières réalisations réclamera l'intention (consciente et volontaire) du sujet, après un certain nombre de répétitions deviendra un geste automatique, habituel, comme par exemple, le fait de pratiquer une gymnastique quotidienne, le fait de ne pas saler ou sucrer un plat (absence de geste répondant à un ancien geste habituel). H.C. TRIANDIS distingue aussi l'habitude, fruit d'un apprentissage influencé par le niveau d'habileté du sujet, d'un réflexe qui est inné. Mais il faut noter que la distinction entre l'inné et l'acquis ne sont pas sans soulever des problèmes qui dépassent le cadre de ce travail. La théorie des comportements inter-personnels tout comme celle du comportement raisonné ont tenté de mettre en évidence les déterminants de l'intention.

Elles en dénombrent quatre groupes :

1) La composante cognitive qui correspond à l'analyse personnelle et subjective que fait le sujet des avantages et inconvénients de l'adoption du comportement. Cette composante cognitive est assez semblable à l'évaluation de coût dans le "health belief model".

2) La dimension affective spécifique d'un comportement qui est la réponse émotionnelle à l'idée d'entreprendre le comportement donné. Cette dimension est étroitement liée à l'histoire du sujet, à ses expériences antérieures.

3) Les déterminants sociaux dont les plus fréquemment invoqués sont la croyance normative et la croyance en l'existence de rôles sociaux spécifiques.

- a) La croyance normative renvoie à la perception qu'a le sujet des normes de la société à laquelle il appartient et qui font que tel comportement particulier du sujet est pertinent ou non dans le contexte de cette société. C'est en quelque sorte la perception d'une réprobation ou d'une approbation sociale potentielle. Le sujet peut penser par exemple qu'en fonction de son sexe, de son âge, etc ... il serait "correct" ou ce serait "mal vu" qu'il soit ivre le samedi soir.
- b) La croyance en l'existence de rôles sociaux spécifiques se réfère à la perception qu'a le sujet de ce qu'attend la société des personnes de sa catégorie sociale, de la valeur d'exemple qu'il doit donner. Un diététicien peut penser par exemple qu'il n'est pas séant pour lui d'afficher une gourmandise incontrôlée lors des repas.

G. GODIN fait remarquer que ces normes sont fonction de la société, du contexte et des conséquences des infractions aux normes.

4) La norme morale enfin correspond à l'évaluation toute personnelle de la pertinence d'un comportement donné et se distingue des normes sociales en ce sens qu'elle ne dépendra pas directement des opinions des autres.

La norme morale et la norme sociale interviennent de façon complémentaire dans l'intention d'agir, la prééminence de l'une sur l'autre étant liée au comportement particulier à réaliser, au contexte et aussi à la personnalité du sujet. A l'extrême, un psychopathe n'est pas du tout sensible à la norme sociale.

La **théorie du comportement planifié** (planned behavior theory) est une amélioration par I. AJZEN lui-même¹ de sa théorie du comportement raisonné pour pallier les manques de celle-ci. Il est caractérisé par l'adjonction d'un troisième concept : celui de la perception par le sujet de son contrôle physique et psychologique sur le comportement à venir. Nous retrouvons là un concept qui est très proche de celui de "self-efficacy" de A. BANDURA.

2.1.2. L'approche "action-pensée" ou la théorie de la soumission librement consentie

Pour J.L. BEAUVOIS et R.V. JOULE [10, 11, 69] le mode de pensée que nous venons d'exposer "conduit à supposer que le traitement de l'information ou des contenus symboliques précède et détermine l'action". Cette approche devrait donc nous faire considérer les stratégies persuasives comme les plus efficaces pour influencer autrui dans ses choix, ses opinions, ses comportements. Or ces stratégies, selon eux, n'ayant pas toujours fait la preuve de leur efficacité, ils les réfutent et avancent que les choix, les opinions ne sont pas prédéterminés par les idées, mais par les actions. Telle est l'hypothèse fondamentale sur laquelle repose la théorie de l'engagement.

J.L. BEAUVOIS et R.V. JOULE citent plusieurs auteurs américains ayant expérimenté et établi la théorie de l'engagement². Selon cette théorie, un individu ayant accepté d'émettre un

¹ AJZEN I. From intentions to actions : a theory of planned behavior. In Kuhl J., Beckmann J. (Eds). Action control : from cognition to behavior. Heidelberg 1985. Springer pp. 11-39.

² Nous avons retenu trois références qui nous ont semblé représentatives :
 FESTINGER L., CARLSMITH J.M. Cognitive consequences of forced compliance. Journal of Abnormal and Social Psychology 1959, 58, pp. 203-211.
 FREEDMAN J.L. Long-term behavioral effect of cognitive dissonance. Journal of Experimental and Social Psychology 1965, 1, pp. 145-155.

comportement en opposition avec ses opinions et attitudes, pour peu qu'il ait le sentiment de l'avoir fait librement, sera beaucoup plus enclin à reproduire ce comportement ou un comportement allant dans le même sens sans que personne ne le lui demande. L'explication d'une telle réaction doit être recherchée dans le concept de justification et dans la théorie de la dissonance cognitive. Disons très schématiquement que si le sujet a émis le comportement sans contrainte perçue (absence de forte menace ou de forte récompense), c'est-à-dire sans justification externe de son comportement, alors il devra trouver cette justification en lui-même (justification interne). Si de plus le comportement réalisé par le sujet est en désaccord avec ses idées, ses opinions et attitudes, ce dernier éprouvera un sentiment d'inconfort psycho-affectif qui le conduira à modifier ses opinions et attitudes pour les mettre en accord avec ce comportement émis. C'est la théorie de la dissonance cognitive qui a été largement expérimentée et qui est considérée maintenant comme un élément à intégrer dans la théorie de l'engagement.

Partant de là, J.L. BEAUVOIS et R.V. JOULE ont élaboré le concept de "soumission librement consentie" qui consiste à amener le sujet à émettre le comportement souhaité, en le mettant en situation de réaliser un premier acte peu coûteux (et qu'il ne peut donc pas refuser) qui l'engage et le conduise vers d'autres actes de plus en plus coûteux, de plus en plus engageant et aboutissent au comportement attendu.

Vu de l'extérieur, cette stratégie ressemble assez à celle de l'apprentissage progressif des compétences permettant d'améliorer les "efficacy expectations". Les théories et les philosophies qui les sous-tendent sont cependant assez éloignées les unes des autres.

Si la théorie de l'engagement, à travers des techniques comme celles du "pied dans la porte" ou de l'"amorçage" ainsi que le concept de "soumission librement consentie", a largement fait la preuve de son efficacité, une question n'en reste pas moins posée, surtout dans notre culture occidentale, celle de la liberté. Où s'arrête l'éducation, où commence la manipulation ? N'y-a-t-il pas toujours un peu de l'un dans l'autre ? Le débat est ouvert. J.L. BEAUVOIS et R.V. JOULE [10] remarquent à ce propos que, premièrement la soumission librement consentie peut dans de nombreuses circonstances être avantageusement substituée à l'exercice de l'autorité, deuxièmement la suspicion qu'elle éveille provient de ce que les sujets expérimentaux "déclarés

FREEDMAN J.L., FRASER J.C. Compliance without pressure : the foot-in-the-door technique. *Journal of Personality and Social Psychology* 1966, 4, pp. 195-202.

libres" se comportent exactement comme ceux qui ne le sont pas. Si cette suspicion fondée sur de telles raisons est justifiée, les auteurs nous invitent à observer les fonctionnements sociaux et à réfléchir sur ce qui distingue le comportement de citoyens dits libres, par rapport à celui de ceux qui ne le sont pas. Nous reviendrons plus loin sur cette interrogation qui ouvre un véritable débat qui ne sera pas sans effet sur les approches évaluatives.

2.1.3. L'introduction de la composante environnementale

Au cours des années 80, les chercheurs se sont de plus en plus inquiétés de replacer le sujet dans son environnement, et en particulier dans son environnement social. On s'aperçoit alors que l'intention d'agir d'un sujet n'est pas seulement liée à sa perception du problème de santé et de ses capacités à faire (ou liée à ses actes antérieurs pour la théorie de l'engagement). Cette intention d'agir est aussi liée à la perception des autres. Les modèles de H.C. TRIANDIS ou de I. AJZEN et M. FISHBEIN évoqués plus haut comportent déjà des "déterminants sociaux" de l'intention d'agir comme nous l'avons montré. Mais au cours des années cette dimension s'impose de plus en plus. Par exemple, M.W. KERSELL et J.H. MILSUM [74], après avoir présenté les différents modèles alors connus dont le "health belief model", proposent leur propre modèle qui "tente d'intégrer la dimension de l'environnement socio-culturel" faisant partie des "conditions (de l'incitation à faire) liées aux antécédents externes" par opposition aux "conditions liées aux antécédents personnels".

Ils introduisent aussi "la perception de l'influence sociale et la perception des facteurs environnementaux" qu'ils classent dans les "conditions socio-psychologiques". Dans le même sens, E.P. BETTINGHAUS [15] introduit dans son modèle la notion de "pression sociale" alors que T.E. DIELDMAN [45] déjà cité propose une batterie de questions permettant d'évaluer la susceptibilité du sujet à la pression des pairs.

2.1.4. L'approche participative individuelle

Jusqu'à présent et dans la plus pure tradition de la psychologie expérimentale, l'individu a été considéré comme "objet" de réflexion, d'analyse, de même que le corps est objet d'étude pour l'anatomiste et le physiologiste. De ce fait le chercheur se place toujours sur un autre plan que son "objet d'étude", comme si l'un était "plus pensant" que l'autre. C'est pour donner à l'individu

sa complète dimension de sujet susceptible de s'autodéterminer et de se prendre en charge, qu'un certain nombre d'auteurs ont proposé une approche participative. C'est ainsi que N.M. CLARK [33] propose une assistance dans l'apprentissage de la santé qui consiste à aider le sujet à imaginer des stratégies permettant d'améliorer les trois processus de l'autorégulation qui sont :

- 1) l'autoobservation à travers laquelle le sujet parvient à apprécier par lui-même son comportement, les réactions de son corps, l'effet de son environnement,
- 2) l'autojugement qui lui permet d'utiliser les résultats de son observation pour apprécier personnellement les situations et les problèmes qu'il rencontre,
- 3) l'auto réaction qui est la réponse personnelle du sujet en fonction de l'autoobservation et l'autojugement.

A. TANNAHILL [124] résume assez bien l'évolution historique des différentes approches en éducation pour la santé en distinguant trois étapes :

- 1) **L'éducation pour la santé orientée selon les pathologies** définit des priorités en termes de maladies spécifiques à chacune desquelles correspond une action spécifique prenant en compte les facteurs de risques associés, chaque facteur de risque impliquant un changement de comportement. Le programme vise ici une conséquence.

Par exemple, une action visant à diminuer les cancers s'attaquera au tabagisme, aux régimes alimentaires, aux pollutions, etc..., comme l'indique la figure (2.1.4) 1.

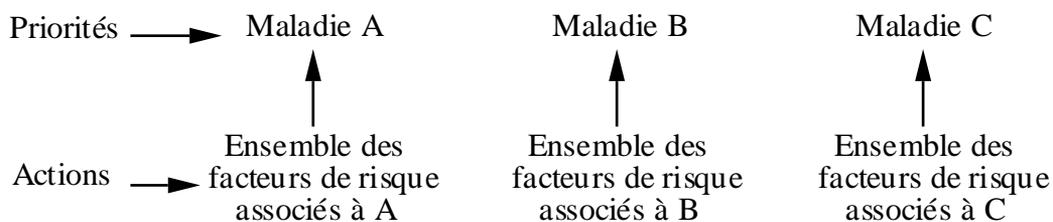


Figure (2.1.4) 1

Education pour la santé orientée selon les pathologies

- 2) **L'éducation pour la santé orientée selon les facteurs de risque** vise à éliminer des facteurs de risque particuliers (par exemple le tabagisme) pouvant favoriser l'apparition d'une ou plusieurs maladies (cancers, maladies respiratoires et cardio-vasculaires). Le programme dans ce cas vise une cause comme le montre la figure (2.1.4) 2.

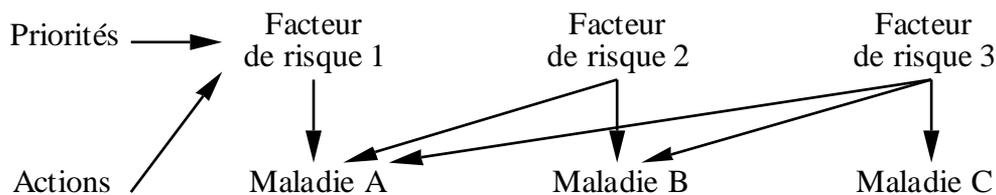


Figure (2.1.4)2

Education pour la santé orientée selon les facteurs de risque

- 3) **L'éducation pour la santé orientée vers la santé** se fixe pour priorité non plus les maladies ou les facteurs de risque mais le sujet lui-même, sa santé, son bien-être et le lieu où l'on peut l'atteindre.

Cette dernière approche orientée vers la santé, c'est-à-dire vers le sujet, correspond en partie à notre expérience personnelle présentée en première partie de ce travail. En effet, nous avons constaté qu'à partir du moment où les sujets sont amenés à réfléchir eux-mêmes sur les déterminants de leur santé et de leur bien-être, ils savent en général préciser les problèmes pertinents qui les concernent. C'est ainsi que S.M. KEGELES [73] a constaté lors d'une enquête action, que l'intention des jeunes américains de San Francisco d'utiliser des préservatifs n'était pas liée à des croyances sanitaires et épidémiologiques (peur ou prise de conscience du risque de maladies sexuellement transmissibles) comme un médecin aurait pu le souhaiter, mais à des considérations sur le partage des responsabilités dans l'acte sexuel, la possibilité de spontanéité etc...

Nous sommes donc conduit à proposer une autre définition de l'éducation pour la santé qui nous renvoie à l'étymologie du terme éduquer. Selon le dictionnaire étymologique Larousse [40] le mot est d'usage récent et vient du terme latin educare, lui-même dérivé de ducere signifiant

conduire. Eduquer consiste donc à conduire dehors, ce que nous comprenons comme le fait de faire accéder à l'autonomie. Nous pouvons donc dire que **l'éducation pour la santé orientée vers le sujet consiste à donner à celui-ci les connaissances mais aussi les aptitudes physiques et psychiques lui permettant de faire ses propres choix, libres et éclairés, concernant sa santé et son bien-être et de les mettre en œuvre**. Le sujet passe alors du statut de cible souvent passive du programme de santé au statut d'acteur de sa propre santé. Par exemple dans le cadre de la campagne actuelle pour lutter contre le tabagisme et l'alcoolisme, plutôt que de tenir aux enfants et aux adolescents un discours "préventif" et le plus souvent moralisateur au mauvais sens du terme, ne vaudrait-il pas mieux apprendre à ces jeunes à comprendre les processus d'influence de la publicité, à observer le mécanisme des relations sociales au sein d'un groupe, d'une bande, ce qui les contraint parfois à réaliser des actes qu'ils n'avaient pas souhaités, à analyser ce à quoi tient le désir, le plaisir, le bien-être. Il ne s'agirait pas là de faire des cours théoriques complexes, mais d'amener le sujet à **expérimenter** des choses simples, puis à débattre librement avec ses pairs tout autant qu'avec les adultes, et ainsi à se forger une opinion personnelle.

Une telle éducation pour la santé n'est plus orientée vers une pléthore de maladies (les cancers, les maladies respiratoires, le sida, etc...) ni même vers une multitude de facteurs de risques (le tabac, l'alcool, le soleil, la pollution, etc...) au risque de multiplier les actions et de provoquer une inflation dramatique des programmes scolaires. Elle s'adresse directement au sujet pour lui parler de lui, des autres et lui apprendre (pratiquement) à comprendre et dans une certaine mesure à maîtriser son corps, ses désirs, son environnement. Force est de constater alors qu'une telle éducation pour la santé ne peut être dissociée de l'éducation du "citoyen", de **l'éducation** tout simplement. Notons que la participation n'est pas une fin en soi, elle doit être considérée comme un élément indispensable au processus d'autonomisation, d'apprentissage de l'autonomie. Toute action d'éducation pour la santé et plus généralement de santé publique passe chronologiquement par trois étapes : 1/ l'identification des problèmes et des besoins, 2/ le choix et l'élaboration des solutions, 3/ la mise en œuvre et l'évaluation de ces solutions. En général, la progression dans l'autonomisation se fait par une participation à ces différentes étapes en commençant par la dernière, la participation à la mise en œuvre et éventuellement à l'évaluation comme le montre la figure (2.1.4) 3. Mais l'accès à une totale autonomie nécessite de parvenir à ce que les bénéficiaires de l'action participent à la phase première de définition des problèmes et besoins.

Dans l'idéal, les bénéficiaires collectivement ou un de leurs leaders doivent être initiateurs de l'action. A cet ultime stade de participation, la manipulation qui pouvait encore être possible aux deux stades antérieurs ne l'est plus ici, puisque les objectifs même de l'action ne dépendent plus exclusivement de personnes extérieures, comme c'est le cas avec la "soumission librement consentie".

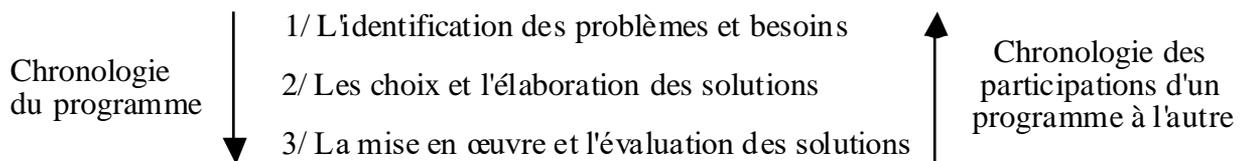


Figure (2.1.4)3

La participation dans le processus d'apprentissage de l'autonomie

Nous devons cependant prendre conscience des questions que cette nouvelle approche soulève. Tout d'abord l'adulte et plus généralement l'expert, le chercheur, le médecin, celui qui est "investi" du savoir, perd une bonne part de son pouvoir. En effet, il ne lui appartient plus de dicter les comportements, les objectifs à atteindre. Il a pour nouvelle mission d'**aider** le sujet à analyser une situation, à s'autodéterminer et à agir. Cela conduit à redéfinir les rôles et les responsabilités de chacun, ce qui peut parfois créer une situation inconfortable intellectuellement et psychologiquement. D.W. BROCK et S.A. WARTMAN [25] par exemple présentent le cas de la réalisation d'une **décision partagée** entre le médecin et le patient. La première valeur à prendre en compte est le bien-être du sujet. Chose qui peut requérir la compétence du médecin. La seconde valeur est le droit du sujet à décider librement de sa propre façon de vivre "quand il en est capable". Le médecin peut alors se trouver confronté à une situation où le choix de son patient lui paraît irrationnel et contraire aux intérêts à moyen ou long terme de ce dernier. Mais comme le font remarquer D.W. BROCK et S.A. WARTMAN, la grande difficulté pour le médecin qui accepte de suivre jusqu'au bout cette nouvelle logique, c'est de pouvoir faire la différence entre un choix du patient effectivement irrationnel, et un choix simplement inusuel. Cela remet en question la notion de standard de la rationalité d'une décision. Dans le "colloque singulier" médecin-malade, le médecin se retrouve sur le même plan que le malade. D'un rôle presque exclusif d'émetteur, il passe à un double rôle d'émetteur-

récepteur. Il doit **négocier**, il n'a plus le confort intellectuel qu'offrait l'inamovibilité rassurante d'un standard érigé en vérité première, ni le confort psychologique d'une autorité incontestable.

La deuxième conséquence d'une telle définition de l'éducation pour la santé porte, comme nous le verrons, sur l'évaluation de celle-ci, dans la mesure où les objectifs en termes de comportements ne sont plus préalablement et définitivement fixés par l'expert, mais s'imposent au cours de l'action. En effet, à la différence de l'approche par la "soumission librement consentie", la "liberté" du sujet supposé être par ailleurs "éclairé", peut le conduire à des choix de comportements qui ne sont pas forcément ceux auxquels avait pensé l'initiateur du programme. Nous avons pu constater pour notre part (§ 1.4), dans le cas de la prévention du sida, que les jeunes des lycées professionnels et ceux des lycées classiques n'ont pas choisi les mêmes options préventives. Quant aux objectifs éducationnels vrais (capacité d'autodétermination, d'auto-prise en charge) leur appréciation n'est pas évidente et n'a pas forcément une expression homogène d'un sujet à l'autre, d'un groupe à l'autre.

2.2. L'approche sociale et politique de l'éducation pour la santé

Tous les modèles que nous avons vus dans le § 2.1 sont caractérisés par le fait qu'ils sont focalisés sur l'individu et ses comportements, même quand des déterminants sociaux et culturels sont recherchés et mis en évidence. Nous pensons que la raison de cette orientation "individu-centriste" est liée à l'imprégnation de la recherche en éducation pour la santé par les théories de la psychologie sociale expérimentale florissante aux Etats-Unis dans les années soixante et soixante-dix. Pour sa part, M. BECKER [12] qui constate aussi cette tendance, attribue celle-ci à l'idéologie occidentale de l'individu et en particulier à la notion profondément ancrée dans la société américaine que chacun est responsable¹ personnellement de ses succès comme de ses échecs. Cela conduit bien sûr à localiser la cause et la solution des problèmes dans l'individu lui-même. Nous revenons à Périclès. Il peut être instructif de constater que dans

¹ Il peut être intéressant de remarquer que le mot responsable peut prendre deux sens très distincts. Rendre responsable peut signifier donner les moyens à quelqu'un de prendre sa vie en charge et de savoir se déterminer personnellement, de savoir faire ses propres choix. Mais cela peut signifier aussi (et c'est le cas ici) attribuer à quelqu'un la charge d'une faute (ou la paternité d'un succès). Responsable est alors associé à la notion de cause.

notre société on dit "tomber malade" ou "to fall ill" alors que dans beaucoup de sociétés d'Afrique Noire, on dit "être attaqué par la maladie". La notion de responsabilité au sens d'assumer une faute, est profondément encrée en nous jusque dans nos expressions courantes. C'est ainsi que P.R. MARANTZ [91] se révolte et se demande s'il est acceptable que la morale médicale de notre société fasse que chaque individu qui souffre d'une maladie classée "prévisible" soit contraint à porter le poids de la responsabilité de son mal, ce qui revient à "blâmer la victime". P.R. MARANTZ, qui voit dans l'angoisse du médecin, l'origine de cette tendance à vouloir toujours attribuer une cause aux faits et à rejeter la faute sur le patient ("us versus them" view), nous met en garde contre l'application à un individu particulier de données épidémiologiques, même si celles-ci ont permis une avancée incontestable en santé publique. "Il y a toujours quelque chose d'inexplicable dans le fait que quelqu'un puisse se comporter correctement et mourir jeune, alors que d'autres enfreindront toutes les règles et vivront longtemps ainsi ... Nous devons offrir à nos patients le luxe de tomber malade sans avoir à se sentir coupable. Nous devons en être capable tout en sachant mettre à profit par ailleurs nos connaissances épidémiologiques sur les facteurs de risque". Comme l'exprime M. MINKLER [95] par un jeu de mot, les programmes d'éducation pour la santé ont mis l'accent sur la responsabilité de l'individu (responsability) en oubliant la capacité à répondre de celui-ci (response-ability). Or M. MINKLER à la suite de S.L. SYME [123] et G.A. KAPLAN [70] fait remarquer que la classe sociale est un facteur de risque important de maladie, peut être le plus important. De même pour J.-P. DESCHAMPS [42], "l'éducation pour la santé a trop longtemps mis l'accent sur la modification des comportements individuels souhaités, là où les problèmes de santé avait une dimension profondément culturelle et sociale". Aussi, poursuit-il par ailleurs [43], "il s'agit dès lors de faire de l'éducation pour la santé un outil de changement social et non plus seulement un moyen de modifier des comportements". Il faut noter de plus que bien souvent, un comportement est le reflet d'une culture qui touche à bien d'autres choses. De la prise en compte d'un comportement on en arrive à la considération d'un ensemble de comportements correspondant à la même logique, à la même valeur. Par exemple le respect des limitations de vitesse, le respect des zones non fumeurs etc... renvoie à la notion plus générale de respect de l'autorité. C'est ce qui apparaît dans les analyses factorielles que nous verrons plus loin. Cela laisse à penser, qu'au moins dans certains cas, l'éducation pour la santé et plus généralement la promotion de la santé doit s'adresser non à des individus mais à des groupes

sociaux. Ainsi nous entrons dans l'approche sociale de l'éducation pour la santé. **L'approche sociale concerne non pas un ensemble d'individus, chacun d'eux étant pris isolément, mais l'ensemble dans sa structure elle-même.** Certes il importe de prendre en compte les données propres à chaque individu, mais il importe plus encore de considérer **le jeu des interactions qui détermine la structure de l'ensemble**, les interactions entre individus, mais aussi les interactions entre comportements.. A beaucoup d'égards, ce passage de l'approche individuelle à l'approche sociale et politique, ressemble fort au passage de la microéconomie à la macroéconomie. Nous passons de S. JEVONS à J.M. KEYNES.

2.2.1. Le soutien social et les réseaux sociaux

B.H. GOTTLIEB [58] définit le soutien social (social support en anglais) comme ce que la société renvoie au sujet (feedback) à travers les contacts avec les pairs ou le groupe de référence (primary group) qui a le plus d'importance aux yeux de l'individu. Pour J. CASSEL [29], la déficience de ce feedback en provenance du groupe de référence peut être à l'origine de la survenue d'états pathologiques. Mais il serait illusoire de penser à l'inverse que le groupe de référence dans lequel le sujet est plongé est inconditionnellement positif et bénéfique pour les comportements de ce dernier. P. ORIOL [101] montre par exemple que les facteurs de risque du tabagisme des 11-16 ans résident la plupart du temps précisément dans ces groupes de référence constitués par les parents, les frères et sœurs, les meilleurs copains et copines. En effet, l'enquête de P. ORIOL met en évidence le fait que le tabagisme des jeunes est significativement lié à celui des personnes de ces groupes de référence. En fait, comme le font remarquer P. ORIOL [101] puis R.S. ZIMMERMAN [126], pour les comportements impliquant "les autres", "ces autres" doivent être impliqués dans toute intervention qui cherche à modifier ces comportements. Comme nous le disions plus haut, l'intervention doit viser dans ce cas non plus les individus, mais le réseau social lui-même avec ses processus. Dans son analyse du mécanisme du soutien social, B.H. GOTTLIEB [58] distingue trois niveaux d'approche.

- 1) Le niveau macrosocial est mesuré en termes d'intégration et participation sociale. A ce niveau, le soutien social est évalué à travers l'implication du sujet dans les institutions, son adhésion volontaire à des associations, les liens tissés au niveau de sa vie sociale informelle. On peut être ainsi amené à construire un "index de réseau social" rendant compte d'un niveau élevé ou bas de contact social et dont on a montré [13] qu'il est

significativement lié au taux de mortalité. Ceux qui sont mieux intégrés socialement se portent mieux que ceux qui ont peu de liens sociaux.

- 2) Le niveau "mezzosocial" prend en considération les liens qu'entretient le sujet avec ses pairs les plus proches et avec lesquels on peut constater une interaction régulière. Il s'agit du réseau social de proximité constitué par les personnes qui sont amenées à donner au sujet des avis, une assistance matérielle, de l'amitié, des marques d'estime, des motifs d'émotion. Ce sont ceux "qui comptent" (significant others). A ce niveau "mezzosocial", on peut considérer par exemple qu'un groupe d'entraide d'alcooliques anonymes tente de recréer un nouveau réseau social de proximité pour se substituer à l'ancien ayant constitué le lit de l'intoxication, ou au moins ayant favorisé et/ou entretenu celle-ci.
- 3) Le niveau microsocal part de l'hypothèse que le soutien social repose essentiellement sur ce qui alimente les émotions profondes et qui donc ne peut provenir que de quelques intimes. Ici la qualité du soutien social importe plus que la quantité des liens tissés et que l'organisation structurelle des réseaux sociaux. B.H. GOTTLIEB [58] s'appuie sur les études de B.J. HIRSCH¹ d'une part et B.A. ISRAEL¹ d'autre part, pour remarquer que la qualité des relations sociales est un prédicteur de l'état de santé plus puissant que la quantité de ces relations. Dans le même ordre d'idée E.P. BETTINGHAUS [15] cite entre autre une expérience de prévention de la conduite en état d'ivresse rapportée par H. MENDELSON² et dans laquelle le message qui disait "amis, ne laissez pas des amis ivres conduire", s'appuyait sur le concept de soutien social en visant des proches et non les sujets cibles directement. H. MENDELSON parle aussi de pression sociale. En effet les conseils, les invitations bienveillantes mais pressantes d'un ami, peuvent être classés dans le registre des pressions sociales, à côté du réconfort moral ou physique donné par le même ami et qui nous renvoie au soutien social.

M. BAUMANN [8] retient pour sa part deux niveaux, celui des "relations communautaires ou chaudes où les liens sont chargés d'émotion et d'affection comme les relations familiales,

¹ HIRSCH B.J. Natural support systems and coping with major life changes. American J Commun Psychol, 1980, 8, pp. 159-172.

ISRAEL B.A., HOGUE C.C., GORTON A. Social networks among elderly women : Implications for health education practice. Health Education Quarterly, 1983, 10, pp. 173-203.

² MENDELSON H. Some reasons why information campaigns can succeed. Public Opinion Q. 1973, 37, pp. 50-61.

amicales", et celui des "relations sociétares ou froides où les liens permettent l'échange d'information et de matière comme les relations professionnelles, de voisinage".

Si on se réfère à certaines recherches qui ont été menées dans le domaine de la publicité, il semble que pour être efficace, il n'est pas utile qu'un message touche tous les individus d'un réseau social, mais au moins certains d'entre eux ayant une influence sur les autres (hommes politiques, leaders d'opinion, parents ...). Le message agit ainsi en deux étapes en utilisant secondairement pour sa diffusion les liens plus ou moins forts, selon le niveau envisagé du réseau social.

Un certain nombre d'auteurs ont essayé d'expliquer le mécanisme selon lequel fonctionne le soutien social. Tout le monde s'accorde pour penser que le soutien social permet en fait de gérer les situations de stress. Il y a plusieurs théories sur le stress dont les trois principales se fondent respectivement sur les notions de besoin, de transaction et de transition.

- 1) Le modèle du stress fondé sur les besoins stipule que tout individu a des besoins qui se manifestent dans ses relations avec les autres : besoins d'attachement et d'affection, besoin d'estime, besoin d'intégration sociale, besoin de conseils, de compréhension etc... L'absence de satisfaction de l'un au moins de ces besoins engendre chez l'individu une douleur psychique et/ou physique.
- 2) Le modèle du stress fondé sur les transactions énonce que le stress survient quand les demandes perçues (ce que le sujet souhaite ou ce qu'il pense qu'on attend de lui) dépasse les ressources perçues (ce que le sujet se sent capable de faire en réponse à la demande).
- 3) Le modèle du stress fondé sur les transitions place l'origine du stress dans les "transitions psychosociales". Un changement brutal au niveau de l'individu ou de son environnement peut affecter sa conception du monde et de sa place dans celui-ci. Mais ce n'est pas tant l'événement qui est générateur de stress que les réajustements conceptuels que l'individu doit produire. En fait, les changements de l'existence peuvent être soudains, alors que les changements cognitifs seront plus lents.

L'approche du stress par les besoins a conduit à distinguer plusieurs types de soutiens sociaux : Les soutiens affectifs ou émotionnels permettant au sujet de se sentir admiré, respecté, aimé et donc d'éprouver un certain confort moral.

Les soutiens cognitifs apportant au sujet informations, connaissances, avis, lui permettant de

mieux comprendre son environnement et de mieux s'adapter à celui-ci.

Les soutiens matériels correspondant à la mise à disposition de biens et services permettant au sujet de répondre aux problèmes pratiques. Ils peuvent être institutionnels comme les prestations sociales ou familiales, les prêts. Ils peuvent être particuliers comme le soutien d'une mère qui garde l'enfant de sa fille, ou le "coup de main" du voisin.

M. BAUMANN [8] en cite deux autres : le soutien d'affirmation qui correspond au renforcement de l'estime de soi (self-esteem) par l'intermédiaire, de l'image valorisante renvoyée par l'autre, le soutien normatif qui définit les us et coutumes sociaux et permet à chacun de trouver sa place dans la société.

Mais D.E. JACOBSON [68] qui reprend à son compte cette typologie des soutiens sociaux, insiste pour sa part sur la chronologie du besoin de ceux-ci. La nécessité de cette dimension temporelle est le plus clairement mise en évidence par l'approche du stress fondée sur les transitions qui lie le stress aux changements de conception du monde et au processus à travers lesquels le sujet substitue un ensemble d'idées, de croyances et de valeurs à un autre. Reprenant R.S. WEISS¹, D.E. JACOBSON [68] propose alors une chronologie des situations de stress illustrée par la figure ci-dessous :

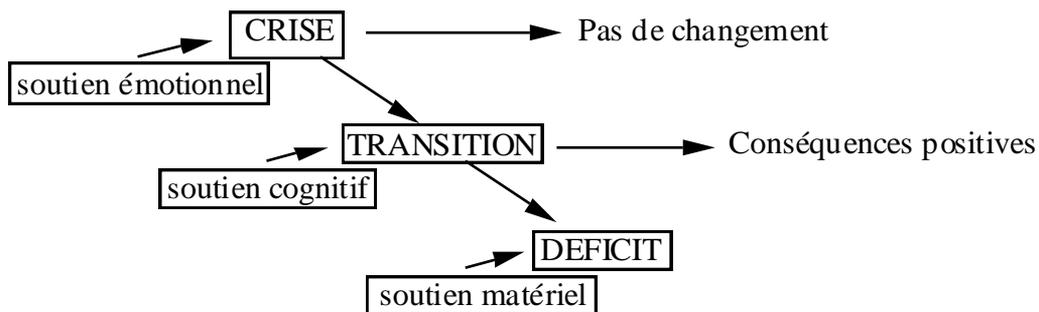


Figure (2.2.1)1

Chronologie des situations de stress

La situation de crise est caractérisée par

- une survenue soudaine et limitée dans le temps
- une menace importante pour le bien-être

¹ WEISS R.S. Transition states and others stressful situations : their nature and programs for their management. In Caplan G., Killilea M. Support systems and mutual help : Multi-disciplinary explorations, New York : Grune and Stratton 1976, pp. 213-232.

- de vives émotions.

Cette situation de crise peut se résorber sans donner lieu à des changements ou au contraire conduire à une situation de transition. C'est le soutien émotionnel qui est le plus utile ici.

La situation de transition est une période de changements personnels et relationnels impliquant une modification de la conception du monde qui répond à une situation de crise. Dans cette situation, le sujet a surtout besoin d'un soutien cognitif. Enfin la situation peut évoluer de façon positive vers un nouvel équilibre ou au contraire s'enfoncer dans une situation de déficit.

La situation de déficit correspond à un état chronique de "demandes" excessives par rapport aux "ressources" dont dispose l'individu. Cette situation de déficit peut en général être aidée par un soutien matériel pour combler le manque de "ressources".

Enfin, malgré la distinction faite entre les différentes approches du stress et du soutien social, nous pouvons constater avec D.E. JACOBSON [68] que celles-ci plus que différentes, sont complémentaires et s'intègrent les unes aux autres.

Soutien social et réseaux sociaux sont presque toujours évoqués en même temps. Ceci amène S. BRIANCON [24] à remarquer que "le réseau social est en quelque sorte, une disponibilité du soutien" et que "le soutien social semble donc devoir être analysé comme une fonction du réseau, plutôt que comme une structure propre et spécifique". C'est cette fonction du réseau social que nous avons essayé d'analyser en introduisant dans le deuxième questionnaire les questions 6 à 12. Mais le fait que ces questions n'aient pas figuré dans le premier questionnaire et que l'appariement n'ait pas pu être réalisé, a rendu impossible leur exploitation.

Notons enfin, que c'est vraisemblablement au stress engendré par l'action qu'il faut attribuer la plus forte mortalité observée récemment par T.E. STRANDBERG [120] dans le groupe expérimental de l'expérience finlandaise de prévention des maladies cardio-vasculaires. Si cette explication se confirmait, cela prouverait les dangers, ou au moins les inconvénients des actions préventives qui imposent des modèles comportementaux a priori sans se soucier de la façon dont ils sont reçus et intégrés par les sujets auxquels ils sont destinés. Cela nous inciterait encore plus à promouvoir des actions fondées beaucoup plus sur une "**autodétermination éclairée**" des sujets.

2.2.2. L'implication sociale et l'approche politique de l'éducation pour la santé

De même que le sujet, comme nous l'avons montré plus haut, peut être impliqué dans les choix

concernant sa santé, son bien-être, de même un groupe social peut prendre part à l'analyse de sa propre situation de santé, à la définition des besoins, à la détermination des choix des priorités, à l'élaboration des actions de santé. Ce que nous avons écrit plus haut sur la participation comme élément du processus d'apprentissage de l'autonomie s'applique parfaitement au groupe social, à la communauté¹. Pour J.-P. DESCHAMPS [43] "l'éducation pour la santé devient alors un processus à travers lequel on aide les individus et les groupes à trouver des solutions à leurs problèmes, à s'organiser pour modifier des situations sociales ou économiques dangereuses pour la santé". Nous sommes là dans le champ de la santé communautaire où l'éducation pour la santé rejoint l'*éducation à la conscience critique*. Que la perspective soit individuelle ou collective, encore une fois l'approche participative comme le rappelle J.-P. DESCHAMPS [42, 43] transforme une situation de transmission de savoir en une situation de partage de savoir où les professionnels doivent "accepter de s'instruire du discours des usagers et accepter de n'être parfois pas indispensable".

Mais cette approche participative prend dans la perspective communautaire encore une autre résonance bien spécifique. V.L. MACHADO [85] remarque avec ses collègues que la communauté n'échappe pas aux différenciations d'intérêts, voire aux contradictions. Les antagonismes peuvent donner lieu à des conflits ouverts ou latents, au sein du groupe ou entre le groupe et les professionnels. La gestion de ces conflits se fait alors à travers la négociation. V.L. MACHADO évoque dans ce sens les propos de LE BOTERF² selon lequel "la participation relève davantage de l'économique que du moral. Toujours liée aux enjeux perçus et aux risques de perdre telle ou telle protection acquise, la participation est objet de négociation". Cette négociation, V.L. MACHADO, la situe essentiellement entre les usagers et les professionnels de santé. Nous pensons pour notre part qu'elle est plus globale et s'opère aussi au sein même du groupe des usagers d'une part et des professionnels de santé d'autre part.

Dans son analyse des représentations sociales en période de crise, J.-P. PAGES [104] signale

¹ Le mot communauté peut prendre des sens différents d'un auteur à l'autre. Pour notre part, nous désignons par communauté un ensemble de personnes qui partagent le même intérêt pour un problème donné et partagent aussi en général les mêmes valeurs sociales, culturelles ou religieuses en relation avec le problème. En général, la communauté est à peu près homogène par rapport au problème ou au centre d'intérêt donné et par rapport aux valeurs afférentes. Mais cette homogénéité diminue au fur et à mesure que la communauté croît. Ceci conduit à envisager l'adéquation de la taille et des caractéristiques de la communauté retenue au problème à résoudre. Quand une communauté (d'intérêts) se crée spontanément autour d'un problème donné, cet équilibre s'établit naturellement.

² LE BOTERF G. : L'enquête participation en question. Paris, Ligue de l'Enseignement et de l'Education Permanente, 1981.

que si acteurs et public sont en accord sur l'objectif de sécurité (pour nous ici l'objectif de santé et de bien-être), la divergence d'intérêts des parties prenantes provoque un désaccord sur les moyens à mettre en œuvre pour parvenir à cet objectif. C'est du débat occasionné par le conflit que résulte l'équilibre "négocié" correspondant au "risque accepté". Aussi dans son analyse, J.-P. PAGES ne considère plus l'opinion publique uniquement comme un jugement susceptible d'être modifiée par l'information ou la communication (opération à sens unique), mais aussi comme une "force légitimante" dont l'acteur (le professionnel de santé, le décideur politique) est obligé de tenir compte. Dans cette approche où la psychosociologie s'intègre au politique, les conflits jouent un triple rôle social :

Légitimer les grands choix en imposant le débat entre les parties prenantes. Dans un lycée mettant en place un programme d'éducation pour la santé, ces parties prenantes pourront être l'administration, les enseignants, les parents d'élèves.

Harmoniser les changements institutionnels et l'évolution des mentalités.

Permettre aux individus de communiquer et ainsi d'accéder à une certaine connaissance. En effet les individus prenant position dans le débat doivent alors argumenter leur choix.

Bien entendu, le risque industriel dont traite J.-P. PAGES est a priori fort éloigné du risque dont traite l'expert en santé publique. Néanmoins il y a ici une invite à élargir le champ. L'éducation pour la santé s'inscrit dans un processus de prise en charge d'un risque ou d'un ensemble de risques qui met en scène de nombreux acteurs qui agissent selon des logiques parfois différentes. Pour comprendre les comportements, les perceptions et les opinions en matière de santé, il faut prendre en compte, non seulement les actions de prévention quelles qu'elles soient, mais aussi les acteurs en conflit qui, au sein ou non du dispositif de prévention, participent au débat en s'ajustant avec le public à la définition, l'application ou la remise en cause d'une politique de santé. On ne fait ici que compléter tout ce qui a été dit précédemment en se replaçant dans un contexte plus large. Partant du concept de "champ" proposé par P. BOURDIEU [19] nous pouvons considérer que l'éducation pour la santé s'inscrit dans un champ (un marché) où s'ajustent une offre et une demande. L'offre est caractérisée, par exemple, par un effort pour éduquer et pour prévenir et la demande par le comportement, les perceptions et les opinions du public.

Ainsi acteurs et public, en interaction, participent à une construction : celle du risque et de sa gestion en empruntant à J. PIAGET et à S. MOSCOVICI [97] et C. HERZLICH [66], J.-P. PAGES montre alors comment l'individu participe en prenant position ou en adoptant un certain

comportement à la construction de ses propres représentations.

Une réflexion commune avec J.-P. PAGES nous a fait envisager comment, à titre d'exemple, pourraient être schématisées les mécanismes sociopolitiques associés à la mise en œuvre d'une action de santé publique dans le cas particulier de la prévention du tabagisme. Cette schématisation est présentée dans la figure (2.2.2) 1.

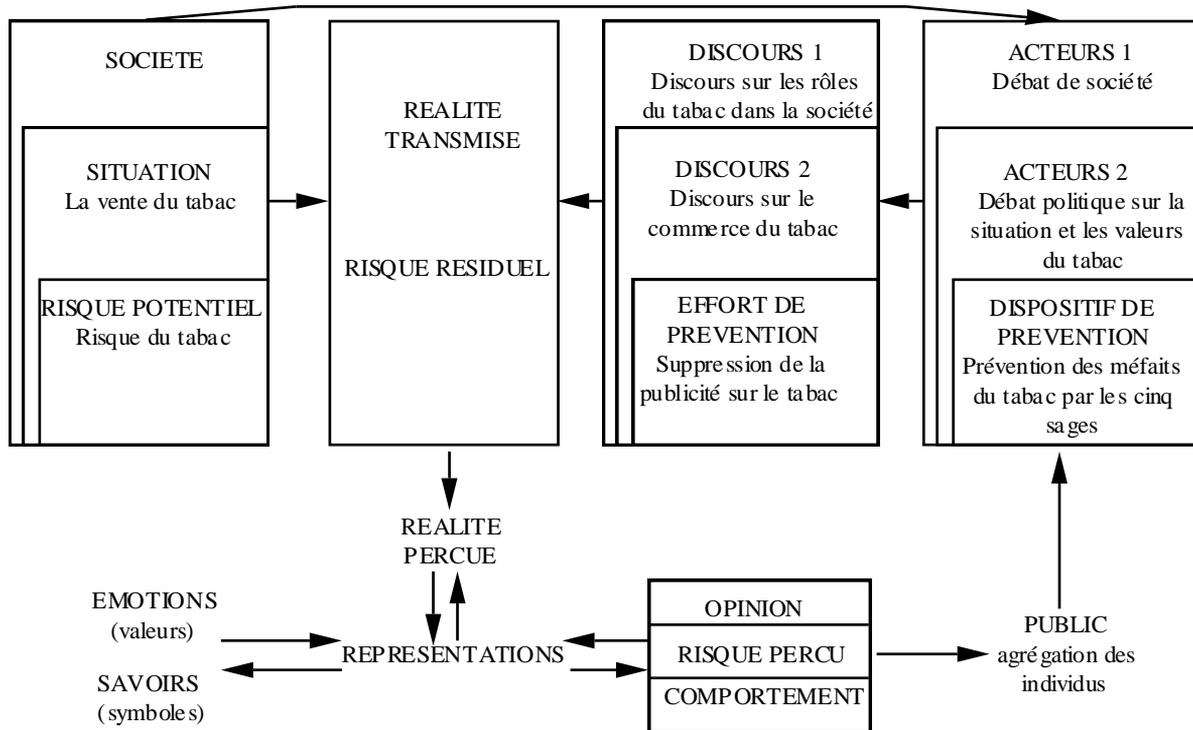


Figure (2.2.1.2) 1

Action préventive et relation acteurs-public

L'action des acteurs qui interviennent directement ou indirectement dans la prévention peut être analysée comme un récit épique. Dans un pays (la société), un héros (le dispositif de prévention composé d'acteurs) qui dispose de certaines armes ou moyens (l'effort de prévention y compris l'information et les discours qui l'accompagnent) doit domestiquer un dragon (le risque potentiel que représente le tabac) en se fixant un objectif, un contrat (le risque résiduel). Ce risque résiduel est une réalité transmise à l'individu qui participe avec ses émotions et ses savoirs à la construction de ses représentations. A partir de ces représentations, l'individu émet :

- une opinion constituée par le discours qu'il tient sur le tabac dans la société,
- un discours sur la perception qu'il a du risque que représente le tabac pour la société. Ce risque doit être distingué de celui que l'individu perçoit pour lui-même et qui est ici intégré aux émotions,
- un comportement en relation avec le tabac (consommation ou non) qui est pour l'individu une façon, entre autres, de s'exprimer.

Ces trois éléments qui constituent globalement la prise de position sociale de l'individu vis à vis du tabac, à leur tour rétroagissent sur les représentations par un phénomène qui pourrait être celui de la dissonance cognitive. Sous la pression sociale l'individu est obligé de justifier ses choix. C'est précisément cette rétroaction sur les représentations qui donne au schéma son caractère constructiviste. Nous ne sommes pas très loin de J.-L. BEAUVOIS et R.-V. JOULE pour lesquels l'action précède la pensée (les représentations). Ceci n'est pas non plus sans rappeler C. FLAMENT [51] pour qui l'apparition de nouvelles pratiques peut entraîner une modification des représentations, au moins dans leur partie périphérique.

L'agrégation des individus constitue le public dont l'opinion va influencer les acteurs pour ainsi fermer la boucle. Mais l'expérience montre que très souvent cette boucle est en fait une hélice qui place le problème successivement à trois niveaux.

Au premier niveau, les acteurs représentant le dispositif de prévention sont par exemple les cinq sages qui conseillent le ministre de la santé et obtiennent l'effort de prévention qu'est la suppression de la publicité sur le tabac. Le risque potentiel du tabac (toutes les pathologies qui peuvent en découler) est ramené au risque résiduel, le nombre de cancers des bronches par exemple. Cette première intervention entraîne un débat et l'expression d'une opinion au niveau du public.

Cette opinion publique provoque à son tour un débat politique sur la situation et les valeurs "doit-on supprimer le tabac ?". Les acteurs à ce deuxième niveau sont les parties directement concernées par le tabac : le ministère de la santé, le ministère du budget, la séita, les représentants des producteurs de tabac ... Le discours porte sur le commerce du tabac. Le danger est maintenant la situation liée à la vente (ou à la non vente) du tabac. Remarquons que dans ce débat, le risque perçu du tabac est un enjeu : les acteurs qui s'opposent à la

consommation du tabac ont intérêt à ce que le risque perçu soit important pour pouvoir s'appuyer sur le public dans la controverse qui les oppose aux acteurs produisant le tabac ou favorisant sa consommation. C'est ainsi que le risque perçu s'explique en partie par la position que prend l'individu vis à vis du tabac. De producteur de la position sur le tabac, le risque perçu devient produit de celle-ci. Certains anglo-saxons appellent ce phénomène l'amplification du risque [71].

Au troisième niveau nous accédons à un débat de société dans lequel le conflit lié au tabac est replacé dans l'ensemble des conflits et où tous les leaders d'opinion peuvent intervenir. Les discours émis portent sur les rôles du tabac dans la société. L'accès à ce troisième niveau est dû au fait que les acteurs qui discutent sur le tabac dans notre société sont finalement tous les acteurs qui comptent. Ces acteurs participent en réalité non seulement au débat sur le tabac, mais aussi à tous les débats qui agitent à une époque donnée la société. Poussés au-devant de la scène par l'opinion, ces acteurs marquent de leur sceau leurs discours qui sont de véritables "prêt à penser" (prise de position avec son argumentation) qu'ils offrent à travers les médias au public. C'est ainsi qu'à travers les acteurs se tissent des liens entre les prises de position des individus du public dans les grands débats de société. Nous ne sommes plus dans le registre des réalités techniques mais dans celui des symboles et des valeurs.

Dans ce processus "politique" on comprend que la généralisation du débat est liée à l'intérêt du public, à la pression qu'il exerce sur les acteurs. C'est la raison pour laquelle il est difficile d'apporter une solution aux problèmes de santé qui ne mobilisent pas l'opinion publique.

Ainsi en France, le sida, en termes de décès, arrive loin derrière les accidents et les suicides des moins de 25 ans. Pourtant il a beaucoup plus agité l'opinion publique et fait intervenir les responsables politiques. De même, seules les évolutions de la perception du tabac par le public¹ ont permis les récentes décisions politiques en matière de prévention (suppression de la publicité). Mais tant que les français n'exprimeront pas massivement leur crainte pour leurs enfants, pour la société, pour le coût à supporter (financièrement mais aussi en vies humaines),

¹ "L'accueil des français à un programme de lutte contre les excès de tabac et d'alcool". Enquête menée par la SOFRES entre le 7 et le 12 décembre 1989 pour La Croix, Les Dernières Nouvelles d'Alsace et l'Institut de l'Enfance et de la Famille; publiée dans le numéro du 10 janvier 1990 de La Croix.

les acteurs politiques ne pourront guère aller plus loin, ni même peut-être faire réellement appliquer la loi. Ce qui importe en fait, n'est pas tant la réalité correspondant au risque résiduel, que les canaux par lesquels sont transmis cette réalité et la réalité perçue qui en découle. Nous voyons bien que dans ce schéma, les représentations jouent le rôle clé. Aussi à ce niveau, le but d'une action est bien d'atteindre celles-ci.

La dimension politique introduite dans ce schéma est déjà signalée par J.-P. DESCHAMPS [43] qui citant R. SENAULT et A. D'HOUTAUD¹ s'exclame "l'éducation pour la santé ne se situe-t-elle pas toujours dans le champ politique ?"

Ceci nous amène à aborder la question des idéologies qui sous-tendent les différents modèles que nous avons envisagés jusqu'à présent, et partant de là, leur légitimité respective, leur rôle effectif dans l'élaboration des programmes.

2.3. Essai de synthèse des différentes approches en éducation pour la santé

2.3.1. Classification des différentes approches en éducation pour la santé

Il nous a semblé essentiel avant d'aller plus loin de bien resituer les unes par rapport aux autres les différentes approches disponibles en éducation pour la santé. Nous pouvons distinguer quatre grandes familles déterminées par le croisement de deux critères binaires qui sont la nature du destinataire de l'action : l'individu ou le groupe social, le rôle du destinataire de l'action : simplement objet de l'action ou sujet participatif. Nous obtenons ainsi le tableau (2.3.1) 1

Cette classification sera importante lorsque nous aborderons l'évaluation. En effet pour chacun des deux critères le passage d'une polarité à l'autre introduit une caractéristique importante.

1) Nature du destinataire

Le passage de l'individu à la communauté ne consiste pas simplement à agréger des données individuelles, mais à prendre en considération l'ensemble des interactions qui déterminent la structure du groupe, ce qui impliquera la mise en œuvre de techniques

¹ SENAULT R., D'HOUTAUD A. Aspects politiques d'une action sanitaire communautaire. XI^{ème} conférence de l'Union Internationale de l'Education pour la Santé, août 1982, Hobard.

statistiques spécifiques et adaptées permettant de montrer clairement cette structure. Rappelons aussi que dans l'approche sociale, les destinataires de l'action sont les bénéficiaires (le public) mais peuvent être aussi les acteurs (responsables politiques ou institutionnels, leaders d'opinion).

2) Rôle du destinataire

Nous avons vu aussi que la participation de l'individu ou du groupe à l'action introduit deux éléments nouveaux :

- dans la mesure où le destinataire de l'action est amené à participer au cours de l'action à l'orientation de celle-ci, le programme pourra atteindre des objectifs autres que ceux préalablement fixés,
- la redistribution des rôles et des pouvoirs conduit à une situation de "négociation" qui est dynamique et qui fait que des objectifs définis en cours d'action pourront encore être discutés et modifiés sous l'influence d'informations nouvelles apportées par les premières étapes de l'évaluation.

Tableau (2.3.1) 1

Les quatre types d'approches en éducation pour la santé

		Nature du destinataire	
		Individu	Groupe
Rôle du destinataire	Objet	Approche individuelle non participative	Approche sociale non participative
	Sujet	Approche individuelle participative	Approche sociale participative

Il est clair que dans ce tableau de classification, l'évolution historique des approches se fait selon une direction et un sens qui va du coin supérieur gauche vers le coin inférieur droit. Cela ne signifie-t-il pas que l'approche sociale participative est la plus justifiée dans tous les cas ? Cela revient à soulever la question de la validité et de la légitimité des approches.

2.3.2. Valeur et légitimité des différentes approches en éducation pour la santé

La première remarque à faire porte sur le fait que les modèles participatifs ou les modèles sociaux se nourrissent très largement des acquis théoriques établis par les modèles personnels non participatifs. Nous avons vu par exemple comment B.H. GOTTLIEB [58] justifie le support social en partant des modèles du stress qui sont en relation avec les croyances de santé et la perception de l'environnement social. Reprenant R.S. LAZARUS et S. FOLKMAN¹, il montre comment le support social peut faciliter le "coping process", c'est-à-dire la capacité de l'individu à affronter les situations qu'il rencontre et à "se débrouiller pour s'en sortir". Les modèles développés au niveau de l'individu pour expliquer les compétences personnelles perçues et les motivations ont donné et donnent encore des orientations de recherche pour étudier ces mêmes compétences perçues et motivations considérées alors collectivement au niveau du groupe.

La deuxième remarque porte sur les situations de santé envisagées par chacun de ces types d'approches. Par exemple la consultation des bibliographies respectives des articles de V.J. STRECHER [121] et de G. GODIN [57] permet de constater rapidement que les modèles cognitifs (donc individuels) ont été conçus et expérimentés lors de la prise en charge de personnes déjà exposées aux facteurs de risque ou même déjà malades : surcharge pondérale, intoxication par le tabac ou l'alcool, suites de maladies cardio-vasculaires, suite de couches, etc... Nous sommes là dans le domaine de la prévention secondaire ou tertiaire où les situations d'un sujet à l'autre peuvent être très différentes justifiant ainsi l'approche personnelle. Nous sommes dans le domaine où la relation sujet-thérapeute (médecin, psychologue etc...) a un rôle, sinon privilégié, au moins non négligeable. Cela n'exclut pas bien sûr dans certains cas, l'approche sociale comme par exemple les associations d'alcooliques anonymes fournissant un support social. A l'opposé le sommaire de l'ouvrage sur la santé communautaire dont sont extraits par exemple les articles de J.-P. DESCHAMPS [43] et V.L. MACHADO [85] montre qu'un nombre non négligeable d'expériences présentées appartient au domaine de la prévention primaire ou parfois secondaire. Ce sont des situations où les groupes sont plus homogènes face aux problèmes de santé, où les déterminants sociaux et culturels sont beaucoup plus présents et prégnants.

¹ LAZARUS R.S., FOLKMAN S. Stress, Appraisal and Coping. New York, Springer Publishing Co. 1984.

Cette deuxième remarque que nous venons de faire n'a pas un caractère systématique et les recouvrements sont fréquents, mais elle montre bien que les deux types d'approches opposés sur notre tableau abordent en fait des problèmes souvent différents et pour lesquels ils sont plus adaptés.

Ceci nous conduit à penser qu'il faut absolument se garder d'avoir une attitude d'école, systématique dans ses choix. Une étude attentive de la situation doit permettre d'opter pour l'une ou l'autre de ces approches, ou une combinaison de plusieurs d'entre elles.

Il est remarquable par exemple que le récent projet de loi Evin sur le tabac et l'alcool se soit placé résolument dans un cadre de prévention primaire en se fixant de protéger les jeunes en les préservant d'une publicité nocive. Nous sommes bien dans une approche sociopolitique qui a dû prendre en compte conflits, débats, négociations, et ce débat lui-même a valeur éducative car il amène chacun à s'interroger sur tout ce qui touche à l'alcool, au tabac, à la publicité.

Ces deux premières remarques nous amènent à dire qu'un modèle peut et doit se juger à deux niveaux :

- au niveau de sa valeur conceptuelle, c'est-à-dire de sa pertinence, de sa valeur heuristique, de son adéquation avec des faits observés,
- au niveau de sa valeur morale, c'est-à-dire des valeurs philosophiques, idéologiques et éthiques qui le sous-tendent et l'accompagnent.

Au niveau des valeurs conceptuelles

Pour peu que nous soyons intellectuellement honnêtes, il est possible d'émettre un jugement à peu près objectif sur le premier niveau. Cela implique de faire l'effort de comprendre, de se mettre dans le contexte proposé par l'auteur et de jouer le jeu dans la proposition des hypothèses pour aller jusqu'au bout du raisonnement. Il suffit enfin de soumettre le modèle à l'expérimentation et d'observer ce qu'il produit et dans quel contexte.

Au niveau des valeurs morales

Par contre tout jugement sur ce deuxième niveau ne peut être que subjectif puisque se référant à un système de valeurs non forcément partagé. Ce niveau donne lieu à un débat qui est indispensable puisqu'il pose des questions aussi fondamentales que : ai-je le droit de, qu'est-ce

qui légitime mon action, qui doit décider de etc... Les réponses ne peuvent être qu'idéologiques et il faut en avoir conscience. Il faut s'interroger sur ces idéologies qui très souvent nous sont imposées (à notre insu ou non) par un courant de pensée dominant dans une société donnée à un moment donné. Il importe d'avoir toujours présent à l'esprit qu'il s'agit de prise de position (certainement "bonne", mais le problème n'est pas là) qui doivent faire l'objet de débat, et cela sans chercher une hypothétique légitimité scientifique.

2.3.3. Du modèle à l'action

Nous avons abordé dans cet exposé l'étude des modèles éducatifs parce que du choix de l'un d'eux dépend la nature de l'évaluation adaptée à mettre en œuvre. Ce n'est donc peut-être pas le lieu, ici, pour analyser le rôle attendu et le rôle effectif de ces modèles.

Mais il nous a semblé impossible de parler des modèles éducatifs sans évoquer au moins très brièvement l'usage ou le non usage qui en est fait.

On peut remarquer de façon caricaturale que les Français font des actions de terrain en éducation pour la santé et ne construisent pas de modèles (ou n'écrivent pas sur le sujet). A l'opposé, les Nord-Américains construisent un modèle à l'occasion de chaque action et tout psychosociologue en éducation pour la santé d'Outre Atlantique a son modèle.

En France, on reproche aux modèles nord-américains "leurs prétentions déterministes". Un sujet qui aurait confiance en lui, qui croirait à l'efficacité préventive d'un comportement, qui serait convaincu de la nécessité de ce comportement devrait obligatoirement et systématiquement réaliser ce comportement. On parle bien en effet des déterminants du comportement et on essaye bien de les structurer dans un schéma causal et explicatif. Mais les Américains eux-mêmes pensent-ils vraiment à un déterminisme systématique ? Ne s'agit-il pas d'un faux procès d'intention ? Ne faut-il pas comprendre le déterminant dans un sens probabiliste plutôt que mécaniste. Les Anglo-saxons en général ont plus que nous présent à l'esprit les concepts épidémiologiques selon lesquels la présence d'un facteur de risque n'entraîne pas obligatoirement l'apparition de la maladie correspondante. Le facteur de risque intervient dans un processus complexe avec de nombreux autres facteurs, la plupart étant mal maîtrisés, voire tout simplement ignorés.

A quoi sert donc le modèle ? Le modèle est une **construction**, donc arbitraire, à travers laquelle

nous essayons d'expliquer (de nous expliquer) le phénomène que nous observons (observation imparfaite). Cette explication a deux buts principaux. Le premier est la satisfaction d'un besoin intellectuel. L'homme a besoin de comprendre son environnement, de lui donner un sens. Aussi il rationalise, il structure les informations qu'il reçoit selon une logique qui lui est propre, à lui et à son groupe d'appartenance. Les membres de l'Académie de Médecine et les Dogons au Mali n'expliquent pas la maladie de la même manière. Le deuxième but est heuristique. Le modèle permet d'orienter les expériences et les actions en s'appuyant sur le critère de validité externe de la démarche expérimentale. Les hypothèses formulées à partir des résultats observés d'une expérience ou d'un événement dans des circonstances données, conduisent à prévoir (avec plus ou moins de certitudes, plus ou moins de bonheur) ce qui peut se passer si l'expérience est reproduite dans d'autres circonstances.

Cette prévision doit être éprouvée par l'expérimentation ou l'élargissement de l'observation à d'autres situations. Mais cette généralisation doit être prudente. Les Français comme D. COUET [36] reprochent aux modèles de ne pas faire ce que ces modèles ne prétendent pas faire : prévoir en général et dans toutes circonstances. Si nous prêtons quelque attention aux bibliographies accompagnant les articles et répertorient les actions s'étant appuyées sur les modèles tels que le "health belief model", nous pouvons constater que ces actions concernent le plus souvent des problèmes de prévention secondaire et tertiaire. De façon tout à fait légitime, elles s'adressent donc à des individus et non à des groupes sociaux.

D'une manière générale, il ne faut pas chercher dans ces modèles des machines à produire des protocoles d'action, mais des guides qui peuvent permettre d'éviter certains écueils et donner des idées, des orientations pour l'élaboration des projets d'action.

Certains reprochent aussi à ces modèles leur caractère parfois simpliste. En fait, il faut replacer ces modèles dans leur contexte historique. Nombre d'entre eux sont apparus, il y a vingt ou trente ans, pour tenter d'expliquer ce qu'il y avait dans la "boîte noire". Et ce qui est aujourd'hui évident et partagé, ne l'a pas toujours été, et ce sont précisément les travaux qui ont accompagné l'élaboration de ces modèles qui ont rendu familiers certains principes de base.

3. LES EVALUATIONS EN EDUCATION POUR LA SANTE

Maintenant que nous avons présenté et situé les unes par rapport aux autres les différentes approches en éducation pour la santé, nous sommes mieux armés pour étudier et choisir les techniques d'évaluation les plus pertinentes. Selon l'approche éducative choisie, un type d'évaluation paraîtra plus adapté, plus apte qu'un autre à répondre aux questions qui peuvent se poser. Ces quelques considérations nous laissent entrevoir que le terme évaluation peut recouvrir des concepts différents. Il n'y aurait pas une, mais des évaluations. Aussi nous-a-t-il paru utile de prendre le temps de préciser et justifier le ou les sens que nous accordons au mot.

3.1. Les champs et définition de l'évaluation en éducation pour la santé

Lorsque l'on parle d'évaluation, c'est le plus souvent en se référant à "l'évaluation d'une action", c'est-à-dire à la procédure qui permet de produire l'information à partir de laquelle pourra être émis un jugement de valeur sur les résultats de cette action. On parlera alors en particulier d'évaluation d'impact ou d'évaluation d'efficacité. C'est bien dans ce sens que l'entendent G. BREART et J. BOYER [21], ou J. CHWALOW [32] qui y voit le progrès décisif par rapport au fait de se contenter "d'enregistrer le nombre de séances offertes ou le nombre de patients qui les ont suivies" pour juger d'une stratégie. Ce point de vue est extrêmement répandu et se retrouve dans une très large partie de la littérature. J. DATTILO et G.D. NELSON [39] reprennent à leur compte la définition proposée par J. KOSECOFF et A. FINK¹ : "un ensemble de procédures pour apprécier les mérites d'un programme et fournir des informations sur les objectifs, les résultats attendus, les résultats obtenus, l'impact et les coûts". De même P.C. LIEDEKERKEN et ses collègues [83] citent la définition de E.A. SUCHMAN² : "la détermination des résultats atteints par une activité orientée vers un but ou un objectif parfaitement défini". Notons au passage que J. CHWALOW, qui se fonde sur le modèle PRECEDE (sans mentionner ses auteurs L.W. GREEN et al. [62]), J. DATTILO et al., P.C. LIEDEKERKEN et al. se réfèrent tous à des citations d'auteurs ne dépassant pas 1982 et dont nous savons par ailleurs qu'elles sont étroitement liées à la tradition américaine de psychosociologie expérimentale et à l'approche individuelle de l'éducation pour la santé. Cette conception de l'évaluation a pour but non seulement de mettre en évidence l'efficacité de

¹ KOSECOFF J., FINK A. Evaluation basics. Beverly Hills, Sage, 1982.

² SUCHMAN E.A. Evaluative research. New York, Russel Sage-Fondation, 1967.

l'action, mais aussi de déterminer les mécanismes de cette dernière comme le précise par ailleurs L.W. GREEN [61]. C'est une option de chercheur en éducation pour la santé. En réponse à ce point de vue H. DORLHAC de BORNE [46] fait remarquer que "la stratégie décisionnelle en santé publique n'obéit pas toujours aux mêmes logiques suivant que l'on est décideur ou chercheur".

Pour E. ZIGLIO [125] les axes prioritaires des projets pilotes en éducation pour la santé peuvent être sans cesse modifiés, ce qui enlève toute signification au fait de vouloir mettre en rapport des résultats observés avec des objectifs prédéfinis. Si nous optons pour une approche communautaire d'éducation pour la santé, la diversité dans le temps et dans l'espace des situations sociales dans lesquelles prennent place les actions, impose à chaque fois de mettre au jour un savoir nouveau. La part d'inconnu au début du projet est grande et toute action devient en quelque sorte "pilote". La participation des bénéficiaires du programme peuvent entraîner des négociations importantes conduisant à des modifications très importantes du protocole initial. Dans le processus de leur accès à l'autonomie, les bénéficiaires qui deviennent décideurs peuvent tout simplement s'approprier l'outil d'évaluation. Ils sont alors évalués et évaluateurs, avec des demandes et des questions qui ne sont pas celles d'un expérimentateur "scientifique".

Que dire enfin de l'évaluation de ces programmes que cite J. BEAUDRY [9] dits "placebo", dont on sait qu'ils ne pourront résoudre un problème reconnu quasi-insoluble et qui ont pour seul objet de rassurer la population ?

Pour F. CHAMPAGNE [31] l'évaluation peut être abordée de plusieurs façons selon, notamment le stade de développement du programme et le but poursuivi. Il signale par ailleurs que M.Q. PATTON¹ avait déjà recensé plus de 150 types distincts d'évaluations correspondant à des modèles différents, voire divergents. C'est ainsi que J. BEAUDRY [9] peut proposer une définition plus complète : "un ensemble d'activités reliées à une collecte systématique de données permettant d'améliorer le processus de prise de décision des gestionnaires et des intervenants lors de la planification et du développement de services à la communauté". En fait, il apparaît que la proposition d'une définition de l'évaluation en éducation pour la santé est soumise à une réponse préalable aux trois questions suivantes :

- pour qui ?
- pour quoi ?
- comment ?

¹ F. CHAMPAGNE cite deux références de M. Q. PATTON.
 PATTON M.Q. Creative evaluation, Beverly-Hill, Sage, 1981.
 PATTON M.Q. Practical evaluation, Beverly Hills, Sage, 1982.

Le tableau (3.1) 1 tente d'ordonner les réponses à ces questions.

Tableau (3.1) 1
L'évaluation, pour qui, pour quoi, comment ?

POUR QUI ?	POUR QUOI ?	COMMENT ?
Le chercheur	Comprendre les mécanismes d'actions et aider à l'élaboration des projets ultérieurs.	Modèle expérimental ou quasi expérimental (mesure avant-après avec échantillon témoin). Evalueur externe.
Le décideur institutionnel le financeur le contrôleur de la réalisation du projet	Apprécier l'utilité du projet, sa généralisation possible, son coût, son acceptabilité, sa faisabilité, sa portée politique.	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation des problèmes et besoins. - Evaluation de processus. - Evaluation des résultats. - Evaluation des coûts efficacité et du coût utilisé.
Le réalisateur de l'action	Connaître les paramètres et déterminants liés au problème à résoudre.	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de situation psychoaffective, sociale, politique. - Evaluation des représentations, des structures de l'opinion.
Les bénéficiaires de l'action. Les acteurs et protagonistes de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Réorganiser les positions relatives des différents acteurs. - Favoriser l'acceptabilité du projet. - Faire accéder à l'autonomie. 	Evaluation endoformative accessible techniquement aux acteurs qui participent au moins à l'interprétation des résultats.

Il faut noter que dans la réponse à la question "pour qui ?", une même entité (personne, groupe, institution) peut jouer plusieurs rôles, ce qui fait qu'à la question "pour quoi ?", plusieurs

finalités seront présentes et donneront lieu à différentes approches évaluatives qui se cotoieront. Une approche évaluative sera alors plus ou moins facile, parfois impossible, à mettre en œuvre, selon la situation, mais aucune n'en remplacera une autre dans ses finalités.

Nous sommes ainsi conduits à proposer une autre définition des évaluations en éducation pour la santé.

Les évaluations en éducation pour la santé constituent un **système d'information** comportant :

- une procédure adaptée de production de données,
- une procédure d'analyse de ces données,

Ce système d'information a pour objectifs de :

- . déterminer les problèmes à résoudre, les besoins à satisfaire,
- . préciser la situation psychoaffective, sociale ou politique afin de faire les choix les plus adaptés,
- . apprécier le bon déroulement de l'action,
- . comprendre les mécanismes de l'action,
- . porter un jugement sur les résultats de l'action : l'impact, l'efficacité, l'utilité, le coût,
- . enfin permettre aux protagonistes du projet de se resituer les uns par rapport aux autres et par rapport au projet de santé.

Une telle définition dépasse largement les sens de celles citées plus haut. Si le terme évaluer signifie porter un jugement de valeur sur quelque chose, cette chose n'est pas uniquement l'action elle-même. Elle peut être aussi la situation sanitaire, la situation sociale, le déroulement de l'action, etc...

Ces préliminaires étant posés quant à la définition du mot évaluation, nous pouvons présenter les définitions des approches évaluatives qui nous paraissent les plus pertinentes dans le cadre des différentes situations en éducation pour la santé.

3.2. L'approche classique de l'évaluation

Cette approche est celle décrite par le plus grand nombre des auteurs, même si la présentation ou les termes employés peuvent différer. D'une manière générale, les auteurs parlent le plus

souvent de planification de programme [9, 62, 107]. Cette approche classique comprend différentes étapes que nous présenterons dans l'ordre chronologique où elles surviennent. Pour les deux premières qui ont beaucoup moins rarement intéressé les auteurs, nous apporterons des éléments complémentaires plus récents ou personnels.

3.2.1. L'évaluation des besoins, des problèmes et des demandes de santé

J. COOK et D. COUET [34] définissent un besoin de santé comme l'écart existant entre un état de santé donné et un état de santé idéal ou du moins acceptable. Ce besoin de santé devient selon J. BEAUDRY [9] un problème de santé lorsque l'écart est important et "indésirable".

La détermination des besoins et problèmes de santé a deux sources principales : les professionnels de santé suivis le plus souvent par les responsables institutionnels et politiques d'une part et d'autre part les bénéficiaires eux-mêmes qui ressentent ces besoins et problèmes.

La première source fournit ce que J. COOK appelle les **besoins dits "réels"**. Ils sont issus du modèle biomédical et s'appuient sur des données d'enquêtes épidémiologiques. Ces données permettent de préciser un état de santé et de déterminer des facteurs de risque évitables par le sujet ou la communauté. On peut citer comme exemples le tabac, l'alcool, certains excès alimentaires (sucres, graisses d'origine animale, ...), la sédentarité, une mauvaise hygiène de vie génératrice de fatigue excessive et de stress, etc... La liste n'est pas exhaustive.

Si les données concernant le dénombrement et les répartitions géographique et sociale des cas des pathologies observés ne soulèvent pas de problèmes, la mise en évidence des facteurs de risque est en fait le résultat d'une analyse spéculative qui a conduit parfois à des informations ultérieurement remises en cause. Le rôle du sucre (ou son importance) dans l'apparition des caries dentaires est contesté par certains, de même celui du cholestérol ingéré dans la genèse des maladies cardiovasculaires, le cholestérol autoproduit par le sujet paraissant en fait beaucoup plus important pour certains auteurs. Il convient donc d'être prudent et d'attendre parfois que les épidémiologistes prennent le temps de vérifier leurs hypothèses.

A l'inverse des données épidémiologiques qui permettent d'établir des hiérarchies des problèmes de santé en terme de fréquences des pathologies, des décès récurrents en tenant compte de l'âge et du sexe, les observations individuelles des praticiens ou des services faussent souvent les notions de priorité du fait du point de vue très partiel dont elles sont issues.

C'est ainsi qu'un "patron", ému par certaines situations dramatiques, ou animé par des motivations qu'il faudrait parfois clarifier, peut partir en croisade contre tel facteur de risque ou telle pathologie figurant loin derrière les priorités.

La deuxième source d'expression des besoins et problèmes de santé est le ou les bénéficiaires eux-mêmes. J. COOK [34] parle ici de **besoins ressentis** par le sujet ou la communauté à travers les représentations, croyances et valeurs qui lui sont propres. Ces besoins peuvent se présenter de trois manières :

- **les besoins assumés** ont été identifiés et pris en charge par le sujet ou la communauté. Même si la réponse apportée n'est pas toujours adéquate, il importe que le professionnel de santé qui aura à intervenir sache entretenir et utiliser cette dynamique d'autoprise en charge qui est beaucoup plus précieuse pour le succès final que le respect scrupuleux d'un protocole rigide.
- **Les besoins exprimés** ne sont qu'identifiés par le sujet ou la communauté, sans que ceux-ci puissent les satisfaire ou les prendre en charge. Ces besoins donnent alors lieu à une demande. On peut alors observer que cette demande sera ou ne sera pas prise en compte pour des raisons scientifiques (épidémiologique, solution disponible) ou politiques. Le point de vue de J. COOK est très orienté vers les pays en développement mais si nous revenons au schéma de la figure (2.2.2) 1 conçu avec J.-P. PAGES, nous comprenons l'importance que peut avoir dans toute démocratie occidentale l'expression d'une demande de santé et sa répercussion politique. Inversement, nous avons vu que l'absence de cette demande est un lourd handicap pour amener les responsables politiques et les leaders d'opinion à s'emparer du problème. Dans une approche individuelle de l'éducation pour la santé, l'expression du besoin, donc la prise de conscience du problème, sera un élément important dans l'obtention de l'incitation au changement.
- **Les besoins occultes** sont ressentis par le sujet ou la communauté sous forme d'un problème mais sans qu'il (ou elle) puisse en déterminer la cause ni les solutions possibles. Dans une optique participative, il importe d'aider le sujet (ou la communauté) concerné à identifier ces besoins et à formuler les réponses adaptées et acceptables. Une telle démarche commune aura plus de chance d'inciter le sujet à adhérer au programme, voire à se prendre en charge dans une dynamique d'appropriation des choix réalisés, qu'une solution "orthodoxe" imposée sans imagination par le professionnel de santé.

B. GOUSSAULT [59] insiste pour sa part sur la nécessité d'aider le sujet ou la communauté à

exprimer ses besoins ressentis mais occultes en demandes. "Il n'est pas évident à tous les groupes sociaux de se faire entendre, remarque-t-elle, car la formulation des demandes sociales nécessite un langage adéquat et un certain pouvoir par rapport aux structures et aux décideurs". Sur le plan individuel J.M. SANDERS [117] fait remarquer par exemple qu'un adolescent consultant un médecin a souvent des difficultés à exprimer sa demande ce qui requiert du praticien compréhension, patience et bienveillance.

Cette écoute et cette prise en compte des besoins ressentis est relativement récente dans la littérature et n'est pas le fait de la majorité des auteurs.

Mais ce point de vue déborde déjà la cadre de l'approche classique de l'évaluation et trouvera sa place dans l'évaluation endoformative que nous aborderons plus loin.

Précisons tout de même que ces besoins ressentis ne se substituent pas à ceux établis par les données épidémiologiques, ils les complètent, les éclairent.

Il importe cependant, comme nous le conseille J. COOK [34], de nous interroger lors de la détermination des besoins sur :

- pour qui sont-ils des besoins ?
- dans quels modèles culturels, dans quel ensemble de valeurs s'insèrent-ils ?
- pour satisfaire ces besoins, quels changements d'attitudes et de comportements sont nécessaires dans la communauté ?

La mise en évidence des problèmes de santé permet donc de déterminer des priorités puis des objectifs d'action. F. CHAMPAGNE [31] définit à ce niveau une **évaluation stratégique** qui consiste à apprécier la pertinence des objectifs du programme au vu des problèmes de la population identifiée. "Les objectifs du programme correspondent-ils à la situation-problème ?".

3.2.2. L'évaluation de situation

Nous entendons par analyse de situation la recherche et l'appréciation des différents déterminants potentiels du comportement et de leurs interrelations. Cette démarche a pour objectif de mieux comprendre les mécanismes psycho-affectifs des sujets visés en fonction du problème de santé à résoudre et partant de là de pouvoir proposer une approche éducative adaptée. Cette étape préliminaire au choix de stratégie et à l'élaboration du projet est à notre

sens tout à fait fondamentale. Pourtant la plupart des auteurs classiques l'effleurent à peine. M. DANZON [38] propose une "évaluation des motivations". L.W. GREEN [62] dans son approche par diagnostic aborde cet aspect, repris par J. CHWALOW [32] qui évoque le diagnostic social et le diagnostic éducatif à proprement parler et par B. BLONDEL [17] qui détaille un peu plus ce diagnostic éducatif en terme de facteurs qui fournissent une motivation :

- connaissance de la maladie
- perception de son risque individuel d'avoir la maladie
- croyance relative à l'efficacité des soins
- importance accordée à la prévention, à la santé et au corps de manière générale.

En fait ces quelques points apprécient de façon incomplète les éléments de l'approche cognitiviste que nous avons présentés avec les autres modèles éducationnels : le "health belief model", le concept de "self-efficacy" etc... Mais les interactions entre ces éléments ne sont pas abordées. Ceci nous amène à proposer un outil d'analyse que nous appellerons la balance des déterminants de motivation. Cette idée nous a été inspirée par M.A. BALDWIN [2] qui remarque que "le sexe, le fait de boire, de fumer, l'obésité ont les mêmes caractéristiques qu'on peut regrouper sous l'appellation de maladies séduisantes (seductive diseases). Elles correspondent aux comportements pour lesquels le plaisir est immédiat et les conséquences négatives sont perçues comme une probabilité lointaine. Ceci est particulièrement vrai avec les jeunes pour lesquels le plaisir immédiat occulte souvent les conséquences à long terme". L'appréciation de l'équilibre qui s'établit dans l'opposition entre le plaisir immédiat et la perception du risque nous a semblé être une information capitale pour la compréhension de la situation. Le développement de cette idée des tendances qui s'opposent nous a conduit au concept de "balance" illustré par la figure (3.2.2) 1.

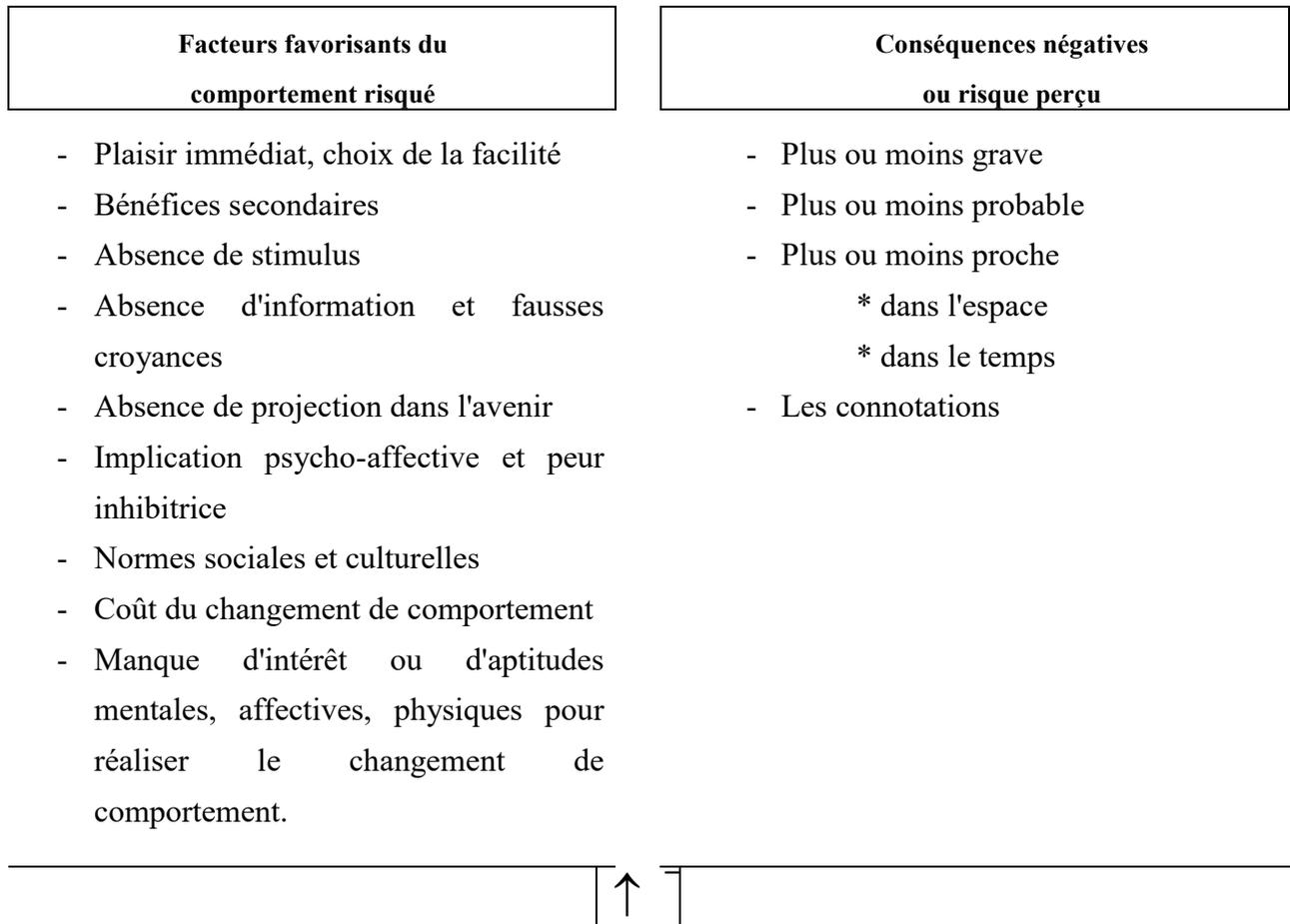


Figure (3.2.2)1

Balance des déterminants de motivation

Voyons d'abord le contenu de chacun des plateaux.

Le plateau de droite correspond à la perception du risque qui peut être caractérisé selon quatre critères :

- **La gravité** qui peut être plus ou moins importante.
- **La probabilité** qui est liée à la fréquence de la conséquence négative en question pour un comportement donné.
- **La proximité** de cette conséquence
 - * dans l'espace selon qu'on connaît un ou plusieurs cas dans son entourage plus ou moins proche (1^{er} degré) ou rapporté par un parent, un ami, une connaissance (2^{ème} degré),

* dans le temps selon que la conséquence négative est plus ou moins éloignée du comportement à risque.

- **Les connotations** qui vont pondérer le risque perçu à travers le jeu des représentations.

Par exemple l'infarctus du myocarde, conséquence d'une mauvaise hygiène de vie et d'une mauvaise hygiène alimentaire, peut être perçu comme **grave** car très souvent mortel à plus ou moins longue échéance. La **probabilité** est perçue de façon variable. La **proximité dans l'espace** correspond à la connaissance d'un cas. Plus le cas sera proche sur le plan du réseau social, plus son poids sera important : dans l'ordre, un parent, un ami, un collègue, une connaissance, quelqu'un dont on vous a parlé. En fait pour agir sur la perception du risque, le cas doit porter un nom, quitter le monde abstrait d'une population anonyme pour prendre un visage humain individualisé. Il faut que le sujet puisse se reconnaître dans le cas, puisse penser "ça pourrait être moi". Par ailleurs plus on avance en âge, plus on a de chance de vivre l'expérience d'un cas dans son entourage. En effet la moyenne de l'âge de l'ensemble des personnes que connaît le père est sensiblement plus élevée que la moyenne de l'âge de l'ensemble de personnes que connaît son fils. Or cette expérience d'un ou plusieurs cas influe beaucoup sur la perception de la probabilité du risque pour soi, car "l'exemple de l'autre que je connais me renvoie à moi-même". On se surprend parfois à conduire beaucoup plus prudemment (au moins pendant quelques instants) lorsqu'on vient d'être spectateur d'un accident grave. Enfin la **proximité dans le temps** est aussi variable en fonction de l'âge. Comme le suggère M.A. BALDWIN, pour un jeune de 20 ans, l'éventualité d'un infarctus à 55-60 ans est une chose si lointaine que son poids est dérisoire, d'autant plus qu'on n'en a pas l'expérience dans son entourage proche et ce malgré la gravité mentionnée plus haut. A l'inverse, pour un homme de 50 ans, dont un collègue de bureau a été emporté par un infarctus récemment, la perception du risque ne sera pas la même. Dans le cas du sida par exemple, sont réunis gravité, proximité dans le temps et souvent proximité dans l'espace pour la communauté homosexuelle. La perception de la probabilité n'en est que renforcée.

Enfin la **connotation** accompagnant la maladie lui donne un poids particulier dans l'imaginaire. Ainsi toutes les morts n'ont pas la même valeur symbolique. Par exemple le sida et certains cancers conduisant à la mort avec la même probabilité et dans le même temps. Et pourtant ...

Le plateau de gauche comporte tout ce qui incite au comportement à risque, favorise celui-ci ou entrave un changement de comportement. Nous y retrouvons un certain nombre d'éléments issus des modèles éducatifs comme :

- le **manque d'intérêt** que le sujet peut avoir par rapport à sa santé et à des comportements adaptés, ceci peut-être parce que son attention est focalisée sur des problèmes plus immédiats ou attirée par des objets plus attractifs, plus plaisants,
- le **manque d'aptitude** mentale, affective ou physique. L'aptitude physique à prendre en compte est aussi celle perçue par le sujet lui-même, ce qui nous renvoie au concept de "self efficacy",
- les **croiances** à propos du comportement et du problème de santé,
- le **coût** du changement de comportement en terme d'effort à fournir et de désagrément à accepter au moins transitoirement (par exemple dans le cas d'un sevrage d'alcool, de tabac ou d'un autre toxique). Ces deux derniers points nous renvoient au "health belief model". Il faut évoquer ici la difficulté éventuelle à réaliser le comportement souhaité.

Nous retrouvons aussi la pression de la **norme sociale**, de la **norme culturelle** à laquelle il faut associer la pression des pairs ou à l'opposé la solitude et l'absence de soutien social.

Nous avons retenu la notion de **plaisir immédiat** mentionnée par M.A. BALDWIN à laquelle nous avons ajouté celle des **bénéfices secondaires** que nous avons évoquée par ailleurs [89]. Ces bénéfices secondaires sont ceux que peuvent trouver certaines personnes dans l'adoption d'un comportement. Il peut s'agir d'un choix inconscient ou tout au moins non réfléchi pour attirer l'attention des proches, provoquer une réaction de la part de parents indifférents ou pour se faire admirer ou plaindre ou mater. La notion de plaisir immédiat peut aussi être associée à la notion de "choix de la facilité". En effet un comportement préventif est le plus souvent actif et s'oppose ainsi à ne rien faire. Aussi il est plus facile de ne rien faire que de faire pour éviter les conséquences lointaines de ce "ne rien faire". De plus, un comportement préventif doit survenir alors que le sujet est sain, en l'**absence de stimulus** tel que la douleur ou le mal être. Cette absence de stimulus peut être renforcée par une **absence de capacité à se projeter dans l'avenir**, telle qu'on la rencontre en général chez les adolescents.

Nous avons aussi pris en compte un élément que nous n'avons pas retrouvé dans la littérature en éducation pour la santé et qui pourtant est à notre avis capital : l'**implication psycho-affective**.

Il s'agit ici de tout ce que la perception du risque ou du problème de santé peut réveiller chez l'individu sur le plan émotionnel, qu'il en prenne ou non conscience. Par exemple un homme peut être amené à boire à l'issue d'une épreuve qu'il n'aura pas pu surmonter. L'évocation des risques le mettant en face de la nécessité d'un sevrage le renverra face à son problème initial provoquant ainsi chez lui une émotion intolérable et qu'il ne saura pas surmonter par manque des aptitudes mentales et affectives évoquées plus haut. Ce manque d'aptitude peut être lié à un état dépressif fréquemment rencontré dans ce cas. La seule issue est alors une réaction de défense qui s'exprime par l'occultation ou le déni du risque. Nous nous retrouvons de ce fait dans une situation de blocage fermée à tout discours préventif. La réaction peut devenir "paradoxe"¹ chez un sujet qui dans un acte conjuratoire du risque ou par défi aggravera son comportement. Ces considérations permettent d'envisager une hypothèse sur l'effet et le rôle de la **peur en éducation pour la santé**. En effet C. LEVY-LEBOYER et G. MOSER [81, 82] qui ont étudié l'usage de la peur comme moyen de persuasion pour modifier des attitudes et des comportements, mettent bien en évidence le fait que la réaction du sujet face à la peur dépend pour une bonne partie "de ses caractéristiques individuelles". Ils citent d'une part les travaux de I.L. JANIS et S. FESHBACH² qui montrent qu'un sujet à anxiété élevée semble moins sensible aux messages traumatisants qu'aux messages neutres, d'autre part M.J. GOLDSTEIN³ qui remarque que face à des données menaçantes, un individu peut avoir deux "styles de défense", soit il cherche à faire face, soit il refuse d'envisager le problème, la différence entre ces deux comportements étant liée à la personnalité du sujet et non à la nature du message. Pour notre part, nous pensons que la peur ne peut avoir un effet positif sur les motivations au comportement attendu que si le sujet peut gérer cette peur (M.J. GOLDSTEIN parle de "coping"). Or le fait de pouvoir gérer, surmonter cette peur est lié d'une part à "l'implication psycho-affective" du sujet par rapport au problème de santé en question, d'autre part de ses "capacités mentales, affectives et physiques", réelles et perçues pour faire face à la menace. En d'autres termes, pour avoir des chances d'être efficaces, la peur ne doit pas être associée à une menace insurmontable ou perçue comme telle.

Pour prendre deux exemples, les caries dentaires qui ne constituent pas un risque grave, mais qui n'impliquent pas le sujet affectivement, pourront assez facilement être prévenues par une

¹ Le mot est pris ici au sens clinique "d'effet paradoxal", c'est-à-dire à l'opposé de l'effet attendu.

² JANIS I.L., FESHBACH S. Effect of fear-arousing communications. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1953, 48, pp. 78-92.

³ GOLDSTEIN M.J. The relationship between coping and avoiding behavior and response to fear-arousing propaganda. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1959, 58, pp. 247-252.

campagne bien faite pour le brossage des dents, acte d'un "coût" modéré. A l'opposé un tabagisme important associé à un risque grave qu'est celui du cancer des bronches, sera beaucoup plus difficile à modifier du fait (entre autres) que le sujet est le plus souvent fortement impliqué affectivement par l'image qu'il s'est construite de lui comme fumeur et aussi peut-être à cause des circonstances qui l'ont conduit à fumer et qui peuvent correspondre à un problème encore présent.

C'est dans cet esprit que R. CASTEL [30] écrit que le danger représente une réalité inéluctable et que les situations à risque sont inscrites dans les parcours psychologiques, sociaux, historiques des individus d'une société donnée. Aussi convient-il non pas de chercher à éliminer le risque ou à promouvoir une pédagogie de la peur du risque, mais une pédagogie du risque qui éduque l'individu à une gestion du risque.

L'intérêt de cette "balance" est donc non seulement de rappeler les différents déterminants du comportement dont il faut faire un bilan, mais surtout de faire une analyse comparative des poids respectifs de ces déterminants.

Il faut remarquer enfin que l'équilibre qui se fait entre les deux plateaux (ou le déséquilibre dans un des deux sens) n'est pas la seule information à prendre en compte. Il faut aussi considérer la charge supportée par les deux plateaux. Une situation correspondant à deux plateaux très lourds (tabagisme, alcoolisme) sera toujours beaucoup plus difficile à modifier qu'une situation où les deux plateaux sont légers (brossage des dents).

L'intérêt d'un tel outil est de permettre de mieux apprécier la situation et ainsi conduire à des choix plus pertinents de stratégie. La prévention du tabagisme chez des jeunes qui ne fument pas encore (prévention primaire) ne soulève pas en général de problème d'implication affective, au sens où nous l'entendons mais par contre se heurtera à des normes sociales, normes du clan et pression des pairs. Nous serons donc conduits à envisager une approche sociale passant par une action sur le groupe et ses normes. La prévention du tabagisme chez des gros fumeurs (prévention secondaire) devra prendre en considération une composante psycho-affective non négligeable et fera donc plus facilement appel à une approche éducative individuelle accompagnée éventuellement d'un soutien social (soutien de son entourage) pour aider le sujet à gérer ses problèmes personnels.

Nous pourrions être tentés de quantifier le poids de chaque plateau en établissant de part et d'autre des grilles conduisant à des scores. Cela nécessiterait de faire une revue de littérature à la recherche de toutes les situations possibles et de leurs issues afin d'évaluer le poids relatif de chaque élément. Cette recherche serait très instructive et mériterait d'être faite mais, outre le

fait qu'une liste de situations peut difficilement être exhaustive, nous craignons que les scores ainsi obtenus n'aient pour seul effet que de donner au décideur un sentiment de confort et de sécurité dans son jugement qui serait illusoire. En effet, la finalité de l'outil est plus d'aider le concepteur du projet dans ses interrogations vis-à-vis de la situation que de lui donner des solutions toutes faites pour une situation qui sera toujours originale.

Cette évaluation de situation doit être distinguée de ce que F. CHAMPAGNE [31] appelle l'évaluation stratégique. En effet cette dernière apprécie l'adéquation entre les objectifs du programme et le problème à résoudre, alors que la première permet de conduire à cette adéquation en aidant à faire les choix pertinents.

3.2.3. L'évaluation des ressources

Il s'agit de faire ici le bilan des ressources disponibles en regard des ressources nécessaires préalablement estimées.

Ces ressources sont de plusieurs natures :

- **ressources humaines**, en nombre, en compétence,
- **ressources en services**, comme les possibilités de formation des personnes, la fourniture d'informations, la réalisation d'outils pédagogiques etc... Ces services peuvent être parfois fournis par des institutions impliquées comme un Centre Régional de Documentation Pédagogique (CRDP) pour l'information ou la mission académique pour la formation,
- **ressources institutionnelles**, correspondant aux institutions prêtes à s'engager dans le projet (lycées, écoles, rectorat, mairies, associations, etc...),
- **ressources matérielles**, en matériel lourd et léger,
- **ressources d'infrastructure**, parmi lesquelles il faut compter en particulier les locaux,
- **ressources financières** indispensables pour pallier le manque des ressources ci-dessous, acheter des services, assurer la coordination du projet et son évaluation.

Cette évaluation des ressources peut être comparée à ce que F. CHAMPAGNE [31] appelle l'évaluation de la structure et dans laquelle il intègre l'appréciation de l'adéquation des ressources aux besoins du projet.

Les trois types d'évaluation que nous venons de voir (§ 3.2.1, § 3.2.2 et § 3.2.3) sont parfois regroupés dans ce qu'on peut appeler l'évaluation de programme. Il s'agit d'une évaluation (au

sens d'estimation, d'appréciation) a priori, que nous appellerons encore **exploratoire** parce qu'elle précède l'action et aide à l'élaboration de celle-ci.

3.2.4. L'évaluation du processus

Il s'agit de la description du déroulement de l'action, de l'observation du respect du protocole ou des écarts à celui-ci. Cela revient à poser la question : quel est l'effort qui a été réellement fait ? Qu'est-ce qui a été effectivement réalisé ?" C'est ce que les anglo-saxons appellent l'analyse de l'"input" que L.W. GREEN [61] intègre dans l'ensemble plus large de l'évaluation compte-rendu (evaluation for accountability) qui comprend l'évaluation de processus ou de l'input, l'évaluation de l'impact et l'évaluation des résultats (outcome). D. FONTAINE [53] subdivise cette étape de l'évaluation en trois sous-étapes :

- **l'évaluation des ressources** qui est la comparaison a posteriori (en cours d'action ou après celle-ci) entre les ressources prévues et celles réellement disponibles et utilisées. Ceci est à distinguer de l'évaluation a priori que nous décrivons plus haut et que D. FONTAINE place dans l'évaluation de programme,
- **l'évaluation des activités** qui est la comparaison entre les activités prévues et celles réellement faites (ce que D. FONTAINE appelle aussi l'évaluation de processus),
- **l'évaluation d'implantation** qui est la comparaison entre la population-cible visée et celle réellement atteinte.

D. FONTAINE regroupe ces trois points sous le label d'évaluation formative. Nous verrons que cela correspond à une vision un peu réduite de l'évaluation formative.

Plusieurs autres subdivisions ont été proposées. Nous citerons pour mémoire celle de F. CHAMPAGNE [31] qui distingue :

- **les aspects techniques** : évaluation de la qualité technique des services et de leur adéquation aux besoins des patients,
- **les aspects interpersonnels** : évaluation de la qualité des relations patients professionnels,
- **l'évaluation de l'organisation**, de l'accessibilité géographique, temporelle, sociale et économique des services proposés.

Ces différentes approches évaluatives s'adressent à des programmes d'action sanitaire destinés à mettre en place des systèmes de soins. Aussi leur pertinence est-elle parfois limitée en ce qui concerne l'éducation pour la santé. Mais ce que nous devons retenir, c'est que cette étape de l'évaluation a deux intérêts majeurs :

- Assurer un suivi de l'action afin d'en vérifier le bon déroulement ainsi que l'adéquation entre les exigences du protocole et les contraintes du terrain et des situations rencontrées. L'observation d'une anomalie quelconque pourra alors éventuellement donner lieu à des réajustements susceptibles de sauver le programme d'un échec. C'est en ce sens que cette évaluation est formative pour les organisateurs ou les coordinateurs du projet.
- Fournir une information qui sera indispensable au terme de l'évaluation des effets pour interpréter et éclairer les résultats qui auront été obtenus.

3.2.5. L'évaluation des effets

L'évaluation des effets a été et est toujours l'étape qui intéresse le plus les évaluateurs au point parfois d'être la seule évoquée. C'est elle qui permet le plus de juger de la valeur de l'action et de la légitimer.

La littérature sur cette étape est très riche mais parfois déroutante car apparemment non cohérente. La raison en est que souvent les auteurs répondent sans le préciser, à des questions aussi différentes que

- évaluer quoi ? (objet de l'évaluation)
- évaluer pourquoi ? (finalité de l'évaluation)
- évaluer comment ? (méthode de l'évaluation)

3.2.5.1. Les objets de l'évaluation des effets

L'objet de l'évaluation des effets correspond habituellement à ce que le programme se propose de changer. Or la finalité d'une action d'éducation pour la santé est d'améliorer un état de santé qui apparaît comme un problème de santé. Mais beaucoup d'auteurs font remarquer que cet objectif est souvent difficilement évaluable directement pour plusieurs raisons :

- Les changements d'état de santé dans la population sont parfois longs à obtenir, surtout si dans le cadre d'une action de prévention primaire on s'adresse à des sujets sains non

exposés et que le délai d'apparition des premiers signes de la maladie après le début de l'exposition est assez long (parfois plusieurs dizaines d'années).

- Du fait du délai de ce changement, on observe un nombre non négligeable de sujets perdus de vue.
- Les sujets soumis à l'intervention sont sous l'influence de nombreux autres facteurs et un échantillon témoin peut rarement rester longtemps insensible à l'intervention (effet de halo ou de contamination).

Ainsi L.W. GREEN [62], repris par J. CHWALOW [32], énonce qu'il **ne faut pas s'attendre à ce que l'éducation sanitaire puisse faire plus que modifier des comportements, la mise en évidence d'une relation entre comportement et état de santé appartenant au domaine de l'épidémiologie.**

Nous sommes donc amenés à fixer aux programmes d'éducation pour la santé des objectifs intermédiaires que sont les modifications des représentations sociales, des opinions, des croyances, des attitudes, des comportements, des conduites, qui sont d'ailleurs les éléments qui interviennent dans les modèles cognitivistes d'éducation pour la santé étudiés ci-dessus. Il nous semble important de rappeler que ce que nous observons ce ne sont *stricto sensu* que des comportements :

- des comportements gestuels (gestes, mimiques, posture ...),
- des comportements verbaux (discours, propos, déclarations, participation verbale à un entretien ...),
- des comportements scripturaux (écrits, réponse à un questionnaire, dessins ...).

Les autres éléments (opinions, attitudes, ...) sont en fait des structurations interprétatives des comportements observés permettant de donner un sens à ces derniers.

Les modèles éducatifs cognitivistes supposent alors que les modifications des représentations sociales et par la suite des opinions et attitudes sont les précurseurs des modifications des comportements, ce qui les désignent comme objectifs intermédiaires préliminaires à atteindre en premier (avant les changements de comportements). C'est en particulier l'hypothèse qui sous-tend le modèle KAP (Knowledge - Attitude - Practice)¹ initialement destiné aux campagnes de planning familial et mentionné par K. LORIG et J. LAURIN [84].

¹ Population Council. A manual for surveys of fertility and family planning : Knowledge, Attitude and Practice. New York, Population Council, 1970.

Il nous a paru important de préciser le sens que nous donnons à ces différents mots.

Il ne s'agit pas ici de faire une présentation même sommaire, de la psychosociologie et encore moins de réinventer cette dernière, mais de proposer pour les termes cités ci-dessus, un contenu qui répond à trois critères : le consensus interne, le consensus externe et l'utilité.

Le consensus interne correspond au fait que tous les membres d'une équipe de recherche en santé publique doivent comprendre de la même façon chacun de ces termes. En effet, une équipe de santé publique se doit d'être pluridisciplinaire pour être efficace et productive. Mais la communication d'une discipline à l'autre est le plus souvent entravée par les jargons propres à chacune d'elles. Si les échanges entre un statisticien et un psychologue nécessitent surtout pour chacun des interlocuteurs un effort d'attention et d'adaptation, par contre l'apparente similitude des vocabulaires d'un sociologue et d'un psychologue, ou d'un psychologue et d'un psychiatre réclame une très grande prudence, l'explicitation des non dits. En effet le partage d'un même vocabulaire est souvent à l'origine de contresens qui n'apparaissent que tardivement. Comme nous l'avons souligné par ailleurs [89], la quête de ce consensus interne est pour l'équipe l'une des toutes premières étapes d'une recherche ou d'une action en santé publique.

Le consensus externe indique que les définitions retenues par l'équipe pour les mots en question, doivent le plus possible être en accord avec la littérature à ce sujet. Cela n'est pas toujours facile dans la mesure où, dans le domaine des sciences humaines, il existe souvent des divergences dans l'acception de certains mots, et cela parfois au sein d'une même discipline. De plus, la santé publique peut être amenée à s'approprier certains concepts de psychosociologie et à les adapter à sa problématique propre.

Enfin l'**utilité** d'une définition renvoie à l'usage qui en est fait. Beaucoup de définitions en psychologie sociale sont riches en nuances pour permettre de rendre compte de la façon la plus précise possible de phénomènes complexes. Cette richesse des définitions les rend parfois inutilisables, non gérables dans le cadre de l'évaluation. Aussi est-on amené à proposer des définitions approchantes, simplifiées, schématisées voire caricaturales, mais qui sont plus facilement manipulables. Cette notion d'utilité des définitions est étroitement liée aux techniques d'évaluation disponibles et à leur évolution.

Une représentation sociale est une forme de connaissance caractérisée par les propriétés suivantes :

1. Elle est élaborée et partagée socialement.
2. Elle a une visée d'organisation, de maîtrise des objets replacés dans leurs environnements matériel, social et idéal. Elle oriente les conduites et les communications.
3. Elle concourt à l'établissement d'une vision de la réalité qui soit commune à un groupe social ou culturel donné.

Pour J.-C. ABRIC [1] c'est le "produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une spécification spécifique". Pour illustrer notre propos, imaginons que nous demandions à quelqu'un "si je vous dis mer, qu'est-ce qui vous vient immédiatement à l'esprit ?", la personne pourra répondre "bleu" ou "bateau", ou "soleil" ou encore "naufage", indiquant ainsi comment pour elle a reconstruit le réel. Cela nous conduit à envisager les représentations d'un objet comme le système d'associations d'idées particulières attaché à cet objet. Cette définition nous sera "utile", entre autres, quand nous utiliserons la lexicométrie qui nous permettra d'apprécier des proximités entre mots dans un discours. Certaines proximités pourront évoquer des représentations. Ce concept de représentation est fondamental car, comme le rappelle J.-C. ABRIC, "les comportements des sujets ou des groupes ne sont pas déterminés par les caractéristiques objectives de la situation mais par la représentation de cette situation".

L'étude de l'**opinion** renvoie, selon J. MAISONNEUVE [87] à une réflexion psychosociologique sur les processus d'information et de communication. L'opinion est un des modes d'expression et de manifestation de la pensée sociale à propos d'un objet et se caractérise par le fait que :

- elle est socialement partagée, elle concerne un groupe social,
- elle est différenciée d'un sous groupe social à l'autre,
- elle prend la forme d'un jugement ou d'un ensemble plus ou moins structuré de jugements.

Ce caractère de jugement est souligné par J.-P. PAGES [104] pour qui l'opinion est aujourd'hui une prise de position sur un thème de conflit public. Les "hommes publics", les guides d'opinion (très souvent des hommes politiques), proposent des systèmes d'opinions "prêt à porter" qui sont relayés par les média et adoptés plus ou moins en bloc par un individu qui signe ainsi son

identité, son appartenance à un groupe. En fait, ces systèmes d'opinions sont à peu près cohérents limitant au mieux le phénomène de "dissonance cognitive" évoqué par L. FESTINGER et D. KATZ [50] et rappelé par J. MAISONNEUVE [87] : "deux éléments sont dissonants dans le champ de nos opinions et de nos expériences lorsqu'ils sont contradictoires ou totalement disparates". Nous retiendrons comme définition "utile" des opinions, la forme de jugement sur un objet de débat public.

La croyance peut se définir comme l'acceptation d'un énoncé ou d'un fait sans qu'il ait été nécessairement établi objectivement. L.W. GREEN [62] la définit comme "une déclaration ou une impression, énoncée ou suggérée, intellectuellement ou émotionnellement acceptée comme vraie par une personne ou un groupe". La croyance est une interprétation des faits qui se distingue de l'opinion en ce sens qu'elle ne comporte pas de jugement. En fait elle constitue la composante cognitive d'une attitude et donc se rattache à l'étude de cette dernière.

La frontière entre le savoir et la croyance n'est pas toujours très nette et peut varier avec le temps, car rien, aucun fait n'est jamais parfaitement établi.

Comment interpréter par exemple la réponse à la question : "le sida peut-il être transmis par des soins dentaires ?" Cette question évalue-t-elle un savoir ou une croyance ? Dans nos sociétés modernes, il semble en fait que les croyances occupent les espaces laissés libres par les connaissances scientifiques. Mais les choses se compliquent dans la mesure où l'on confond souvent méconnaissance et croyance en opposant le savoir aux fausses croyances.

J. MAISONNEUVE [87] définit l'attitude comme "une position (plus ou moins cristallisée) d'un agent (individuel ou collectif) envers un objet (personne, groupe, valeur) ; elle s'exprime plus ou moins ouvertement à travers divers symptômes ou indicateurs (paroles, ton, gestes, actes, choix ou leur absence) ; elle exerce une fonction à la fois cognitive, énergétique et régulatrice sur les conduites qu'elle sous-tend".

Les attitudes se caractérisent par les faits que :

- elles sont acquises et non innées comme les besoins (alimentaires, sexuels ...),
- elles sont plus ou moins durables et ont une action régulatrice sur les conduites, mais elles sont susceptibles de changement sous l'effet de l'environnement (ou des environnements),
- elles constituent une relation privilégiée du sujet à des objets précis et se distinguent en cela du trait de caractère qui n'est pas spécifique des situations,

- elles comportent une polarité affective, entre le pour et le contre, la rapprochant de la motivation.

L'attitude est souvent associée aux croyances comme dans la définition qu'en donne L.W. GREEN [62] : "un sentiment relativement constant, une prédisposition ou un ensemble de croyances dirigées vers un objet, une personne, une situation".

Nous retiendrons comme synonyme "utile" celui de prédisposition à faire ou être.

Le comportement est la manifestation objective d'une manière d'être ou d'agir qui est en relation avec et exprime une forme de représentation, de construction d'un monde particulier. Pour L.W. GREEN [62], c'est "une action qui a une certaine fréquence, une certaine durée et répond à une intention qu'elle soit consciente ou inconsciente". Le terme américain "behavior" (ou anglais "behaviour" que l'on traduit par comportement) doit cependant être manipulé avec prudence du fait des connotations fréquentes liées à des théories sociales qui ont eu beaucoup d'audience mais qui ne font plus maintenant l'unanimité.

Il faut distinguer enfin les comportements observés objectivement et les comportements déclarés (reported behavior) qui sont évalués à travers les questionnaires. Ces comportements déclarés sont en fait constitués de la relation d'un comportement vrai corrigé par le souci de ce que la personne interrogée a de répondre à une attente, une norme sociale (social desirability). Mais il s'agit de la norme sociale telle qu'elle est perçue, ce qui confère un intérêt non négligeable à ces comportements déclarés.

En anglais, nous ne connaissons pas de terme pour distinguer comportement et conduite. Une **conduite** peut être considérée comme un ensemble de comportements ayant en commun le fait de répondre à une prédisposition (une attitude ?) fortement marquée sur le plan affectif et émotionnel. On parlera par exemple de "conduite suicidaire" [14] pour un toxicomane, un alcoolique mais aussi pour certaines prises de risques considérables tels que les excès de vitesse et le mépris du code de la route. Dans ce dernier cas, les conduites à risques doivent être parfois distinguées des conduites suicidaires, les premières ne comportant pas nécessairement "l'état émotionnel pessimiste, dépressif et sans espoir" propre aux secondes [14]. Dans les conduites à risques au contraire, fréquentes chez l'adolescent, ce dernier "ne sollicite pas", "n'apprivoise pas" la mort comme le toxicomane, mais la nargue, comme pour prouver son invincibilité, son "immortalité". Ces deux conduites ont cependant en commun "un refus de l'existence telle

qu'elle est vécue" ce qui renvoie à l'ambiguïté existentielle exprimée par Charles Baudelaire quand il dit : «je me tue parce que je me crois immortel et que j'espère ...».

Notons enfin qu'il ne faut pas faire la confusion entre les "comportements à risques" dans la transmission du sida par exemple et les conduites à risques. Mais certaines expériences qui nous ont été relatées par des adolescents dans le cadre de notre programme d'action éducative face au sida, nous montrent que comportements et conduites à risques peuvent parfois se chevaucher. Un adolescent qui utilisait régulièrement des préservatifs nous a confié ne pas s'être protégé une seule fois et ce précisément avec une personne qui pouvait être porteuse du virus. Ce que nous pourrions considérer comme un "acte manqué" ressemble fort à une conduite à risque donnant lieu dans ce cas précis à un comportement à risque.

Nous admettons que l'étude des conduites nous renvoie d'une certaine manière à celle des attitudes. De même les **motivations** ne sont pas très éloignées des prédispositions et s'apparentent donc aux attitudes. Il y a en plus dans la notion de motivation, celle d'élément moteur pouvant induire le comportement. Cet élément est le plus souvent le désir ou la recherche du plaisir (immédiat ou secondaire).

3.2.5.2. Les finalités et les aspects de l'évaluation des effets

Les finalités variables de l'évaluation selon les utilisateurs et les circonstances donnent lieu à des aspects différents de l'évaluation des effets.

On peut par exemple distinguer l'évaluation de routine de l'évaluation de recherche.

L'évaluation de routine a pour but de vérifier qu'un objectif pré-établi et bien défini est atteint ou non. Cela suppose que le problème de santé en question soit parfaitement connu et que l'action évaluée ait déjà été expérimentée antérieurement dans des conditions semblables. L'évaluation de routine est normalement un simple contrôle pour se mettre à l'abri d'une dérive de l'action dans ses modalités. Elle s'assure qu'une intervention connue pour être efficace l'est toujours effectivement. Une absence d'efficacité conduirait alors à s'interroger sur :

- le respect du protocole de mise en œuvre de l'action,
- la stabilité dans l'espace et dans le temps des conditions dans lesquelles l'action est mise en œuvre, une donnée nouvelle non soupçonnée peut en effet compromettre l'efficacité de

l'action.

L'évaluation de routine peut être parfois appelée évaluation administrative [31]. En effet il appartient en général aux administrations de "surveiller" le bon fonctionnement des services, le bon déroulement des actions et des programmes.

En éducation pour la santé, les problèmes de santé sont nombreux (alcool, tabac, régime, MST ...), parfois nouveaux (sida), de plus, les situations sont souvent très différentes les unes des autres. L'âge des sujets, leur sexe, leur appartenance à un groupe social donné, à une structure éducative, jouent sur leur perception des problèmes de santé et donc sur la façon dont ils devront être abordés.

On aura donc plus souvent recours à une évaluation de recherche qui a pour objet de mettre en évidence l'efficacité de l'action certes, mais aussi les mécanismes de celle-ci afin de mieux comprendre la relation qui peut exister entre les différents degrés d'atteinte des objectifs et les caractéristiques propres à chaque sous-population de la cible.

Entre ces deux aspects peuvent se trouver différentes formes intermédiaires, qui sans chercher à expliquer les mécanismes, à démontrer le rôle de tel ou tel facteur, essayent plus simplement de mettre en évidence les modifications obtenues dans un sens ou dans un autre, modifications de connaissance, d'attitude, de pratique.

Les auteurs distinguent aussi souvent l'évaluation des résultats de l'évaluation d'impact.

Les résultats sont pour G. BREART et J. BOUYER [21] les changements directement liés à l'intervention, ou pour D. FONTAINE [53] les changements allant dans le sens des objectifs fixés par le programme, ce qui est un peu plus restrictif. C'est ce que L.W. GREEN [61] appelle "outcome".

L'impact correspond aux effets observés qui sortent des objectifs préalablement fixés, ou débordent des problèmes de santé envisagés, des populations visées. D. FONTAINE [53] parle d'"effets globaux".

P.C. LIEDERKERKEN et ses collègues pour leur part reprennent l'approche de L.W. GREEN¹ qui définit l'évaluation des effets comme la "comparaison de ce qui est observé à un standard d'acceptabilité". L.W. GREEN propose alors cinq standards.

¹ GREEN L.W. The theory of participation. In : Advances in Health Education and Promotion, vol. 1, prt A, pp. 211-236, JAI Press.

1. Le standard historique qui correspond à l'effet observé lors de programmes antérieurs réalisés dans des situations similaires.
2. Le standard normatif qui est l'observation d'un groupe témoin soumis à aucune intervention.
3. Le standard théorique qui est l'effet potentiel qui pourrait être obtenu dans des conditions idéales.
4. Le standard absolu qui représente un changement complet (100 %) des attitudes, des comportements.
5. Le standard négocié qui peut être un compromis à partir des standards précédents.

Mais d'une manière générale, pour le plus grand nombre des auteurs, la référence en matière d'évaluation des effets demeure le modèle expérimental. C'est l'archétype vers lequel il faudrait tendre.

3.2.5.3. Le modèle expérimental

Le modèle expérimental est caractérisé par cinq principes fondamentaux que nous situons à deux niveaux :

- Deux principes au premier niveau qui sont les finalités du modèle expérimental :
 - la mise en évidence des relations de causalité,
 - la reproductibilité de l'expérience
- Trois principes au deuxième niveau qui participent aux finalités du modèle :
 - les mesures comparatives
 - l'affectation aléatoire des sujets
 - la représentativité de l'échantillon retenu par rapport à la population étudiée.

Ces cinq principes sur lesquels se fonde le modèle, sont présentés plus en détail ci-dessous. L'ordre de présentation correspondant à une logique d'enchaînement, n'est pas celui ci-dessus.

- **La relation de causalité**

L'expérimentation se fonde sur une idée générale issue des expériences de laboratoire qui consiste à mettre en place un dispositif permettant de mesurer l'effet E d'une intervention I sur un système donné S. L'objectif de cette démarche étant de pouvoir établir une relation de

causalité entre I et E soit pour élaborer un modèle, soit pour démontrer le bien-fondé d'un modèle préexistant. Dans le domaine social, ce principe peut être illustré par la figure (3.2.5.3) 1.

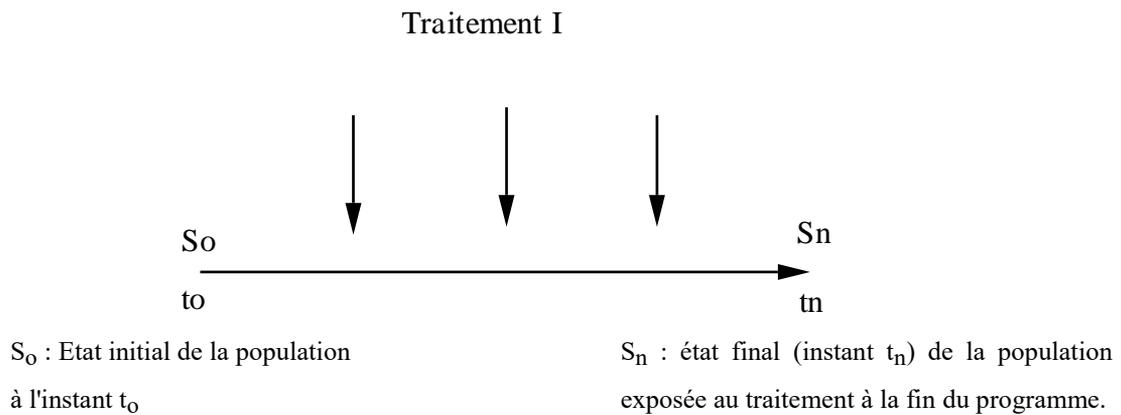


Figure (3.2.5.3)1

Schéma de la relation de causalité

Le programme d'intervention doit alors permettre de montrer que l'effet E mesuré à partir de la différence $S_n - S_0$ des états du système (la population) est une fonction de l'intervention I : $E(I)$ ou en d'autre terme : $I \text{ } \varnothing \text{ } E$. Pour établir cette relation, il faut que l'intervention I soit stable (sans modification) pendant toute la durée du programme. Compte tenu du fait que l'inertie sociale peut réclamer qu'un programme se prolonge sur plusieurs mois, voire plusieurs années pour pouvoir produire des effets mesurables, cette contrainte sur I impose une formation stricte des intervenants et des contrôles fréquents pour éviter toute dérive.

L'établissement de la relation $I \text{ } \varnothing \text{ } E$ ou la définition de la fonction E de I nécessite le contrôle des variables exogènes. Ceci étant rarement possible dans le contexte social, on a alors recours à des mesures comparatives qui neutralisent l'effet de ces variables exogènes.

- **Les mesures comparatives**

La mesure comparative consiste à calculer E à partir de $S_n - S_0$ dans un groupe dit "expérimental" soumis à l'intervention I et dans un groupe témoin non soumis à l'intervention. Il faut bien sûr que les deux groupes soient parfaitement identiques avant l'intervention, ce qui est assuré par l'affectation aléatoire des sujets à chacun des deux groupes.

- **L'affectation aléatoire des sujets**

L'affectation aléatoire permet de répartir de façon en moyenne équivalente dans les deux groupes, les différentes modalités des variables exogènes, ce qui permet de neutraliser leur effet ou tout au moins de rendre leur effet comparable d'un groupe à l'autre. Cette comparabilité permet une interprétation univoque de la variation mesurée comme étant liée à I. C'est ce que T.D. COOK et D.T. CAMPBELL et [35] appellent la *validité interne* du dispositif d'évaluation. Pour F. CHAMPAGNE et collaborateurs [31], la validité interne se réfère à la certitude que les variations observées dans les variables dépendantes lors d'évaluation sont vraiment dues au programme. Cette affectation aléatoire rencontre dans la pratique de nombreux obstacles. Souvent les sujets expriment leur préférence pour appartenir à l'un ou l'autre groupe.

Une issue à ce problème peut être trouvée en ne retenant pour l'étude que des volontaires acceptant dès le départ le principe du tirage au sort. Nous verrons plus loin que ceci risque fort de remettre en question la représentativité de l'échantillon.

Enfin si l'affectation aléatoire permet d'assurer la comparabilité initiale des groupes, elle n'est d'aucun secours pour maintenir cette comparabilité tout au long du programme. L'abandon différentiel dans le groupe expérimental et dans le groupe témoin reste un problème majeur qui impose de prévoir une enquête systématique auprès des sujets sortis d'étude.

- **La représentativité de l'échantillon**

Cette représentativité de l'échantillon d'étude est le plus souvent contestée, pour des raisons liées au dispositif d'évaluation d'une part et au programme d'autre part.

Comme nous l'avons déjà dit, le recours presque obligatoire au volontariat constitue une première cause de non représentativité. Les sujets acceptant d'abord de faire l'objet d'un tirage au sort, ensuite de subir la contrainte parfois lourde d'un dispositif d'évaluation (questionnaires ou entretiens successifs) ne sont pas le plus souvent représentatifs de la population générale.

Enfin, dans le domaine social, un projet a d'autant plus de chance d'être efficace qu'il sera destiné à une population particulière et bien homogène à laquelle il sera adapté.

Ceci nous conduit à évoquer le dernier principe fondamental du modèle expérimental.

- **La reproductibilité de l'expérience**

Nous avons déjà vu au point précédent deux éléments qui remettent sérieusement en cause la possibilité de reproduire en d'autres lieux, en d'autres temps ou dans d'autres contextes une expérience donnée, ce qui compromet fortement toute idée de généralisation.

La possibilité de généraliser les résultats d'une expérience à d'autres contextes (personnes, lieux, époques ...) constitue la *validité externe* du dispositif sur laquelle se fonde toute la puissance (de conviction) et la productivité du modèle expérimental. Pour l'équipe de F. CHAMPAGNE [31] cette validité externe peut être garantie par un tirage au sort des deux groupes (expérimental et témoin) dans la population générale.

Mais un autre obstacle vient encore limiter cette validité externe, la situation d'évaluation elle-même. Dans le domaine des sciences dites exactes, il est rare qu'un dispositif de mesure soit totalement neutre et n'interfère pas sur le phénomène observé. Par exemple, le courant mesuré par un ampèremètre est modifié lorsqu'il traverse ce dernier qui ne peut pas avoir une résistance nulle.

Dans le domaine des sciences sociales, ce phénomène est très largement amplifié. Par exemple E.J. ROETHLISBERGER et W. DICKSON [110] ont constaté, en faisant une enquête sur le rôle de l'intensité lumineuse sur la productivité d'ouvrières, que le fait même de soumettre des sujets à des entretiens répétés (il en serait de même pour des questionnaires) provoque des comportements particuliers. C'est *l'effet Hawthorne* du nom de l'usine dans laquelle l'expérience a été réalisée. Les chercheurs avaient en effet pour mission de déterminer l'intensité lumineuse optimale pour des ouvrières assemblant des très petits composants électroniques. Ils remarquèrent que tout changement d'intensité lumineuse, dans un sens comme dans l'autre entraînait une augmentation de la productivité et attribuèrent ce phénomène au fait que les ouvrières savaient qu'elles appartenaient à un groupe d'étude. L'effet Hawthorne, que l'on peut comparer à l'effet placebo, compromet totalement la validité (interne et externe) de l'expérimentation, surtout s'il prend des proportions importantes. Si depuis l'observation de E.J. ROETHLISBERGER et W. DICKSON l'effet perturbateur du processus de mesure a été confirmé, par contre d'autres études ont montré que cette perturbation pouvait se faire dans un sens comme dans l'autre. R. SOLOMON [119] a proposé un modèle expérimental à 4 groupes (2 traités et 2 témoins) prenant en compte l'effet Hawthorne. Le dispositif est présenté dans le tableau (3.2.5.3)1.

L'effet de la mesure préalable qui est supposé modifier les comportements des groupes G1 et G2 est évalué au moyen des différences

$$Y - Y'' = E(n) - E''(n)$$

$$Y' - Y''' = E'(n) - E'''(n)$$

Tableau (3.2.5.3)1

Modèle expérimental à quatre groupes de R. SOLOMON

	Mesure préalable	Application du traitement	Mesure postérieure	Variation des mesures
Groupe expérimental G1	$E_{(0)}$	X	$E_{(n)}$	$Y = E_{(n)} - E_{(0)}$
Groupe témoin G2	$E'_{(0)}$	-	$E'_{(n)}$	$Y' = E'_{(n)} - E'_{(0)}$
Groupe expérimental G3	-	X	$E''_{(n)}$	$Y'' = E''_{(n)} - E_{(0)}$
Groupe témoin G4	-	-	$E'''_{(n)}$	$Y''' = E'''_{(n)} - E'_{(0)}$

Si les deux différences sont égales, cela signifie qu'il n'y a pas d'interaction entre l'effet du traitement et l'effet de la mesure préalable. Ce deuxième effet (l'effet Hawthorne) est alors mesuré par cette différence commune. L'effet propre du traitement peut alors être calculé. Cette méthode a l'inconvénient majeur de doubler les effectifs.

Mais cet effet ne concerne pas uniquement les sujets observés, il touche aussi les acteurs du programme ainsi que les évaluateurs. Les méthodologistes spécialistes des essais thérapeutiques ont proposé le principe du double aveugle (voire du triple aveugle) pour répondre à cette difficulté. Malheureusement, il n'est pas toujours facile de diminuer la *visibilité* du caractère expérimental dans les expériences sociales et en particulier dans le domaine de l'éducation pour la santé.

Face à tous ces obstacles pour respecter les cinq principes fondamentaux du modèle expérimental, d'autres modèles un peu moins contraignants, dit quasi-expérimentaux, ont été

proposés avec d'autres dispositifs d'évaluation tels que le dispositif à série temporel ou le dispositif à groupes contrastés. Le dispositif à séries temporelles consiste à effectuer plusieurs mesures préalables à intervalles réguliers afin de déterminer une tendance, puis à appliquer le traitement et refaire une série de mesures. L'effet du traitement est alors obtenu en comparant la valeur de la mesure après traitement à celle prévue pour le même instant par la tendance. Un tel dispositif suppose que le phénomène puisse se stabiliser rapidement pour qu'une tendance puisse être définie. On pourra remarquer qu'il ne nécessite pas par contre d'échantillon témoin.

Le dispositif à groupes contrastés reprend le principe du dispositif précédent qui consiste à réaliser plusieurs mesures avant et après traitement sur le groupe expérimental et d'appliquer les mêmes mesures sur des groupes "semblables" non traités. Les groupes semblables dits contrastés, ne sont pas à proprement parler des groupes témoins dans la mesure où ils ne sont pas forcément issus de la même population que celle du groupe expérimental. En fait ce sont des groupes répondant à des situations, des critères équivalents et dont le rôle est de mieux contrôler l'effet des tendances. Ces techniques d'analyse imposent malheureusement des hypothèses sur la population qui sont rarement vérifiées.

En plus de ces difficultés inhérentes au modèle expérimental que nous venons d'évoquer, L.W. GREEN [60] a souligné d'autres "dilemmes" qui se posent en éducation pour la santé.

- **Le dilemme entre la rigueur et l'efficacité.** Dans le modèle expérimental le "traitement éducatif" est supposé être la variable indépendante. Il ne doit donc pas être influencé par les événements qui accompagnent la mise en œuvre du programme. Mais les tentatives dans ce sens pour suivre rigoureusement un protocole préalablement établi ont très souvent conduit à la stérilisation de l'action qui n'était plus adaptée aux circonstances émergeant au fur et à mesure du déroulement du programme, donnant lieu ainsi à un impact très limité. En fait dans le modèle expérimental, l'expérimentateur et l'objet d'expérimentation appartiennent l'un et l'autre à deux univers indépendants. Il est donc normal que ce modèle ne puisse pas prendre en compte (par construction) les interactions possibles entre programme et milieu, entre expérimentateur et objet expérimenté. Or en éducation pour la santé, comme en général pour toute action qui touche aux représentations sociales et à l'opinion publique, cette interaction est omniprésente et constitue même le moteur du processus de communication sur les risques tel que le conçoit par exemple J.-P. PAGES [47, 104].

- **Le dilemme entre la validité interne et la validité externe.** En éducation pour la santé, du

fait de la multiplicité des paramètres présents, connus ou ignorés, plus ou moins bien contrôlés, il est toujours difficile d'attribuer les résultats observés au programme lui-même en tant que tel. Ce qui compromet la validité interne de l'expérience qui ne peut être améliorée qu'en contrôlant au mieux le plus grand nombre possible de paramètres donc en se mettant dans une situation extrêmement particulière. Mais la multiplicité même de ces paramètres fait que les situations dans lesquelles peuvent être implantées le programme sont innombrables et différentes. Pour que l'expérience soit reproductible, que les résultats soient suffisamment non spécifiques pour pouvoir porter un jugement général sur l'efficacité et l'applicabilité de l'action à une large population, il convient de ne contrôler que les paramètres prenant une valeur commune pour un grand nombre de situations. La validité externe est alors améliorée mais au détriment de la validité interne. C'est bien ce que remarque L.W. GREEN [60, 61] qui conseille donc d'établir une priorité en fonction de la finalité de l'évaluation. La validité interne doit être privilégiée lorsque l'objectif principal de l'évaluation est de déterminer l'effet propre (the "true" effectiveness) d'une méthode d'éducation pour la santé ou d'un type de programme, alors que la validité externe est plus importante lorsque l'évaluateur se propose de démontrer la faisabilité et l'efficacité pratique de l'action, de la méthode ou du programme dans des circonstances et une population réelle. Le tableau (3.1)¹ du § 3.1 qui classe les demandeurs d'évaluations et les types d'évaluations correspondants, montre que le chercheur s'intéressera plus à la validation interne, alors que le décideur institutionnel ou le politique s'attachera plus à la validité externe. Nous craignons, pour notre part, que la validité interne ne soit illusoire dans notre domaine. En effet la mise en évidence d'un "effet propre" (ce que L.W. GREEN appelle "l'effet vrai" uniquement attribuable à l'action) ne peut se faire que si nous pouvons estimer les interactions multiples entre le "traitement" et le "milieu". Or, comme nous l'avons déjà dit, le modèle expérimental, à cause de la manière même dont il est conçu, ne prend pas en compte ces interactions.

Il est intéressant de remarquer que dans la méthodologie des essais thérapeutiques (archétype du modèle expérimental), quoi qu'on dise, on ne cherche pas à mesurer un effet propre du traitement, mais à estimer ce que le traitement apporte en plus par rapport à un placebo ou un traitement standard, ceci à un niveau donné d'effet placebo qui est fonction de l'expérience réalisée. Or rien ne permet d'affirmer que l'effet lié au traitement (cette différence observée) ne dépend pas du niveau de l'effet placebo. Le postulat de cette indépendance conduirait en effet à poser un modèle de l'homme isolant le physiologique du psychique. Ce modèle a effectivement longtemps dominé et domine encore une médecine très marquée par l'ingénierie

médicale. Mais chacun sait qu'il est de plus en plus remis en cause.

L.W. GREEN va encore plus loin dans le troisième dilemme qu'il soulève.

- **Le dilemme entre les effets propres et l'effet placebo.** La recherche clinique a employé tous ses efforts pour éliminer de l'évaluation expérimentale les effets liés à la confiance que le patient accorde au traitement qu'il reçoit. Inversement, ce sont précisément ces effets que l'éducation pour la santé essaie de développer dans le concept de "self efficacy" ou dans le "health belief model" par exemple. Face à ce dilemme, écrit L.W. GREEN [60], je suis enclin à définir l'éducation pour la santé comme un **placebo organisé**. En effet un programme d'éducation pour la santé bien conçu, poursuit-il, devrait ajouter à la composante informationnelle :

- 1) des éléments permettant d'augmenter chez le destinataire de l'action, la croyance dans l'efficacité de la mesure préventive (effet placebo),
- 2) des éléments permettant d'augmenter la perception qu'a le destinataire de l'action qu'on s'intéresse à ses problèmes, à lui (effet Hawthorne),
- 3) des éléments permettant d'augmenter la perception qu'a le destinataire de l'action que la pratique de santé recommandée est socialement admise, voire souhaitée (effet de la norme = social desirability).

Pour sa part, M. ROSEN [111] s'appuie sur les analyses qui ont été faites des grandes interventions tentant de modifier les styles de vie¹ pour démontrer que la méthode des essais contrôlés avec tirage au sort (en d'autres termes le modèle expérimental) n'est absolument pas adaptée pour évaluer les effets des interventions éducatives. Premièrement nous dit-il, les changements d'un style de vie influencent plusieurs maladies, provoquant des phénomènes

¹ M. ROSEN cite le projet MRFIT et des projets sur la prévention des effets du tabagisme dont nous précisons les références ci-dessous.

- Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Multiple risk factor intervention trial : risk factor changes and mortality result. JAMA 1982; 248 : 1455-1477.
- GREEN D.E. Teenage smoking. Immediate and long-term pattern. Washington, DC : National Institute of Education, US Department of Health Education and Welfare, 1979.
- AARO L.E., HAUKNES A., BERGLUND E.L. Smoking among Norwegian school children 1975-1980. II. The influence of the social environment. Scand J Psychol 1981; 22 : 297-309.
- MARSH A., MATHESON J. Smoking attitudes and behaviour. London : Office of Population Consuses and Surveys, Social Survey Division, 1981.

d'interférence. Deuxièmement, la période de latence entre l'exposition et l'événement à observer peut être très longue rendant pratiquement impossible l'obtention d'un échantillon suffisamment grand et un suivi suffisamment long. Enfin le groupe de contrôle est toujours plus ou moins affecté par les interventions, soit de façon directe, soit par l'intermédiaire des sujets du groupe expérimental. Il conclut que ces problèmes constituent un défi à relever pour la recherche épidémiologique.

C'est dans le même ordre d'idée que O.S. MIETTINEN [94] remarque que l'essai clinique ne peut pas constituer un paradigme pour la recherche épidémiologique dans la mesure où celui-ci s'intéresse à des questions abstraites (non spécifiques) se référant à des domaines abstraits définis non en fonction du temps, des lieux, mais en fonction des types (âge et autres caractéristiques d'individu).

Rappelons enfin l'expérience finlandaise de prévention des maladies cardio-vasculaires [120]. Elle a été montée comme un essai thérapeutique, les sujets du groupe expérimental suivant un traitement diététique, d'hygiène de vie et parfois hypolipémiant et/ou hypertenseur. Tous les facteurs de risque (surpoids, lipidémie, hypertension) ont été sensiblement et significativement corrigés dans le groupe expérimental, et pourtant, contre toute attente et allant à l'opposé des connaissances scientifiques actuelles, la mortalité a été significativement plus importante dans ce groupe. Il n'est pas impossible que le traitement lui-même ait eu un effet iatrogène en plaçant les sujets dans une situation pour eux inhabituelle et stressante.

Face à ces difficultés, il importe donc de trouver des alternatives pour évaluer les effets des actions éducatives.

3.2.5.4. Les alternatives au modèle expérimental

La première alternative consiste à assouplir les conditions de l'expérimentation, que ce soit sur l'obligation de la présence d'un groupe témoin et sur ses caractéristiques, que ce soit sur le tirage au sort ou encore sur les mesures avant-après. C'est ainsi qu'à la suite de T.D. COOK et D.T. CAMPBELL [35], L.W. GREEN et N.P. GORDON [61] proposent une approche quasi expérimentale en donnant une liste de dix choix allant du modèle expérimental vrai vérifiant les cinq critères suivants :

- représentativité de l'échantillon d'étude par rapport à la population étudiée,
- réalisation d'une mesure avant le début de l'expérimentation (prétest),

- partage de l'échantillon d'étude en un groupe expérimental soumis à l'action éducative et un groupe témoin non soumis à l'action,
- affectation aléatoire des sujets ou groupes de sujets à chacun des deux groupes,
- réalisation d'une mesure sur les deux groupes après l'expérimentation (post test)

au modèle quasi expérimental sans prétest ni groupe témoin.

Dans le modèle expérimental, il est supposé a priori que les objectifs du programme peuvent être facilement, clairement et préalablement définis. Or P.D. MULLEN et D. IVERSON [98] montrent que ce n'est pas toujours le cas dans le domaine de l'éducation pour la santé, en particulier lorsqu'on aborde des concepts tels que le "self-esteem", la résistance à la persuasion, le locus of control où les processus ne sont pas toujours parfaitement compris. De la même façon E. ZIGLIO [125] souligne que les méthodes d'évaluations traditionnelles qui servent à déterminer avec rigueur dans quelle mesure les résultats obtenus concordent avec les objectifs visés, sont difficiles à appliquer à des projets pilotes dont les axes prioritaires peuvent être sans cesse modifiés. P.D. MULLEN et D. IVERSON [98] ont donc proposé d'adopter une approche beaucoup plus ouverte utilisant des méthodes d'évaluation qualitative. Mais ces deux auteurs font remarquer qu'une évaluation qualitative ne se définit pas seulement par l'usage de techniques spécifiques de recueil de données telles que questionnaires à questions ouvertes ou entretiens. Ils notent par exemple que la technique d'évaluation sans objectif (goal-free evaluation) développée par M. SCRIVEN¹ peut utiliser des données quantitatives, mais n'est pas moins classée parmi les évaluations qualitatives. Nous pourrions en dire autant des évaluations factorielles que nous présentons plus loin.

Nous pensons, pour notre part, qu'une évaluation des effets peut gagner à être multiforme. Si la détermination d'objectifs intermédiaires doit permettre d'élaborer un outil apte à détecter toute modification allant dans le sens de ces objectifs, il n'en reste pas moins que la méthode d'évaluation doit être suffisamment ouverte pour permettre de détecter d'autres changements. C'est en ce sens qu'une approche épidémiologique telle que la définit O.S. MIETTINEN [94] qui reprend A.M. LILIENTFELD² convient mieux à l'évaluation des effets d'une action éducative que le modèle de l'essai thérapeutique contrôlé. Il vaut mieux en effet observer tout changement, toute différence et s'interroger ensuite sur son étiologie qui peut être pour une part

¹ SCRIVEN M. Pros and cons about goal-free evaluation. Evaluation comment. Los Angeles : University of California, Los Angeles, Center for the Study of Evaluation 1972, 3:4 : 1-5.

² LILIENTFELD A.M. Foundation of Epidemiology. New York : Oxford University Press ; 1976.

l'intervention, que d'orienter tout son outil vers l'observation "du" seul changement prévu par le protocole. Nous retrouvons ce débat sur les différentes approches possibles au niveau des outils de production de données que nous décrivons ci-dessous.

3.2.5.5. *Les outils de production de données*

Nous avons dit plus haut, au § 3.2.5.1, que ce que nous observons, ce sont les comportements : les comportements gestuels, les comportements verbaux, les comportements scripturaux. A travers ces comportements, le sujet nous "parle", nous rapporte d'autres éléments (comportements, en d'autres temps et d'autres lieux, sentiments, sensations, croyances). Ce sont ces derniers qui sont l'objet de notre analyse. Mais l'image que nous en donne le sujet à travers son discours¹ n'est pas fidèle aux originaux.

Pour reprendre R. GHIGLIONE [55], notre recherche se situe "dans le dit tel qu'il est dit", et le dit est tributaire à la fois du système formel et à la fois des phénomènes liés à la communication. Par l'étude de ces discours, nous essayons d'accéder à ce qu'ont fait les personnes, à ce qu'elles veulent faire, à ce qu'elles pensent, aux représentations des personnes qui parlent et de comprendre les mécanismes d'interactions verbales.

Pour J.B. GRIZE [64] l'énoncé est un objet complexe. L'individu a des représentations et son discours propose des images. Pendant longtemps le schéma de la communication fut celui de l'émetteur A envoyant un message vers le récepteur B comme le représente la figure (3.2.5.5)1

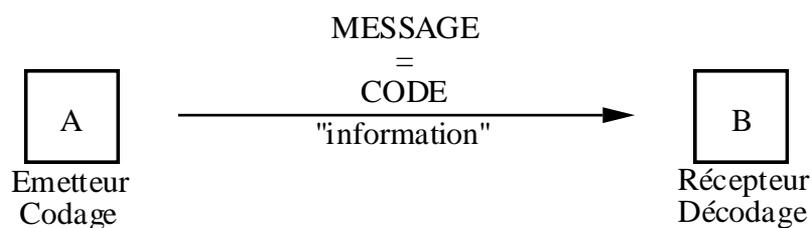


Figure (3.2.5.5) 1

Schéma simplifié de la communication

Face à ce schéma simpliste, J.B. GRIZE s'interroge et nous propose une autre approche : Que se

¹ Nous utilisons ici le terme discours dans son sens général de moyen de communication, qu'il soit gestuel, verbal ou écrit. L'approche linguistique s'intéressant plus particulièrement à la communication verbale et écrite.

passé-t-il lorsque A parle à B ?

A parle en fonction :

- **d'une finalité** : on ne parle pas de la même façon de ses dernières vacances si l'objectif est de convaincre un ami d'aller au même endroit, ou s'il est d'épater les collègues de bureau !
- **de représentations** :
 - de soi : ce sont les représentations que A a de lui-même selon par exemple qu'il pense qu'il est le plus fort ou pas,
 - de B : ce sont les représentations que A a de son ou ses interlocuteurs B de leurs savoirs, de leurs desseins,
 - du thème T qui est l'objet de la communication entre A et B, tel problème de santé, tel comportement risqué,
 - des relations entre ces éléments :
 - * entre A et B : représentations des rapports de force comme par exemple le rapport de maître-élève, de médecin à patient,
 - * entre l'interlocuteur B et le thème T : par exemple : "il n'y a pas de pire sourd que celui qui ne veut pas entendre",
 - * entre l'orateur A et le thème T son sujet : les représentations de cette relation A-T seront différentes selon la position de croyance ou de doute ou de certitude de A vis-à-vis de T.
- **de préconstruits culturels** : les signes que l'on utilise ont toujours déjà un sens et une valeur culturelle, par exemple le tabac en France marqué par une certaine publicité ou par les comportements de héros de films et le tabac chez le berger Peuhl au Sénégal Oriental.

En fait A construit une **schématisation** (processus et produit), c'est-à-dire une organisation d'un matériau verbal (les signes, les mots).

Mais remarquons que les mots ont déjà été utilisés dans d'autres schématisations, dans d'autres activités verbales créatrices de sens : "charrue" instrument agricole qui sert à fendre la terre ; "mettre la charrue avant les bœufs" ce n'est ni labourer, ni antilabourer. Dans la schématisation qui produit l'énoncé, on trouve l'image de A, l'image de B, l'image de T et l'image de leurs relations.

B reconstruit la schématisation

La figure (3.2.5.5) 2 permet d'avoir une vue globale de ce schéma de communication qu'il faut opposer au précédent.

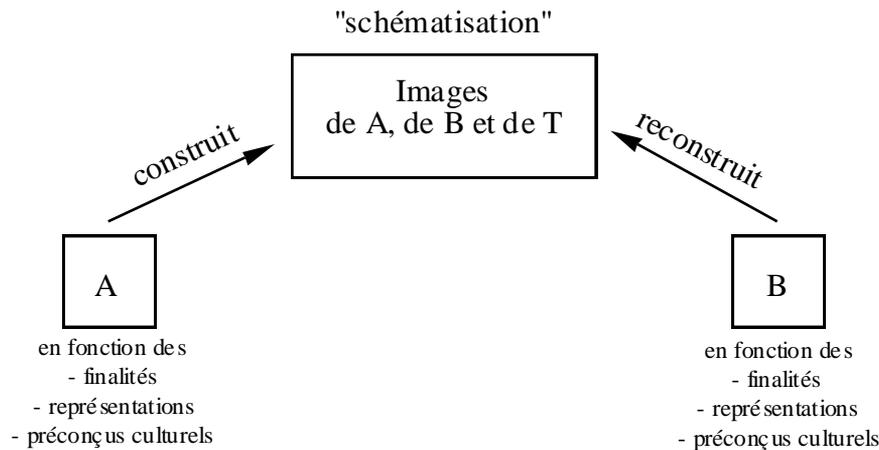


Figure (3.2.5.5) 2

Schéma plus élaboré du processus de communication

Les discours que nous sommes amenés à analyser ne sont donc pas directement lisibles en terme de représentation ni même des faits que les sujets rapportent. L'hypothèse que nous faisons est qu'ils en comportent l'image, des traces que nous devons apprendre à déchiffrer.

Les outils les plus usuels dont nous disposons pour produire ces discours et les conserver sont le questionnaire et l'entretien d'enquête enregistré.

3.2.5.5.1. Le questionnaire

Le questionnaire qu'il soit auto administré ou rempli par un enquêteur lors d'un entretien est l'outil qui jusqu'à présent a été le plus largement utilisé.

Il répond assez bien à plusieurs principes fondamentaux du modèle expérimental :

- Il peut être utilisé à grande échelle avec des coûts relativement modérés et permet donc de toucher des échantillons assez importants, d'où la possibilité de constituer deux groupes en vue de mesures comparatives. Enfin la grande taille de l'échantillon permet de mieux assurer la représentativité de celui-ci.

- Il est tout à fait compatible avec une affectation aléatoire des sujets dans les deux groupes et son caractère relativement neutre (impliquant peu l'enquêteur) contribue à ce qu'il ne perturbe pas trop la similitude à maintenir entre les deux groupes, ceci ajouté au fait qu'il produit en général des données contrôlées et homogènes, favorisent la possibilité de mise en évidence de relations causales.

Mais l'expérience montre que sa réalisation et sa mise en œuvre de façon correcte sont soumises à de nombreux pièges qu'il faut savoir déjouer.

Tout d'abord plusieurs auteurs ont fait remarquer que les réponses aux questions étaient fortement liées :

- à l'énoncé de la question, tant au niveau des mots choisis que de la forme interrogatoire employée et des connotations qui peuvent apparaître,
- à la perception qu'ont les sujets interrogés des motivations des personnes physiques ou morales qui proposent et font remplir le questionnaire ; en effet, comme le rappelle R. GHIGLIONE [54], en remplissant un questionnaire, la personne interrogée répond à trois objectifs dans sa relation à l'enquêteur :
 - * maintenir un bon rapport avec l'enquêteur, ne pas le heurter, ne pas donner des réponses qu'il pourrait désapprouver,
 - * donner de soi une image favorable,
 - * donner de soi une image "conforme", normale. On retrouve ainsi ce que les anglo-saxons appellent "social desirability" ou "social consensus" [99],
- au contexte et à l'environnement physique dans lequel le questionnaire est rempli de façon individuelle et isolée, de façon anonyme. Un adolescent ne répondra pas de la même façon à un questionnaire l'interrogeant sur sa sexualité s'il est seul chez lui (le questionnaire étant rendu de façon anonyme) ou s'il est en classe avec un (ou une) camarade à ses côtés pouvant épier ses réponses.

La stabilité des réponses d'un sujet à l'autre dépend beaucoup aussi du respect d'une consigne unique et bien définie de présentation du questionnaire. Ceci devient parfois difficile lorsque le questionnaire est rempli en des lieux très distants et présenté par des enquêteurs différents.

T. BARANOWSKI [6] propose une démarche en huit étapes pour améliorer l'évaluation des comportements déclarés.

1. Sélectionner les critères d'évaluation qui rendront le mieux compte des résultats du programme, ce qui signifie que les résultats attendus doivent être clairement établis. Par exemple l'évaluation d'un changement de connaissance ou d'attitudes ne rendra pas nécessairement compte d'un changement des comportements correspondants qu'il faut prévoir et estimer.
2. Sélectionner des moyens d'évaluation qui ont été validés. En effet, l'élaboration et la validation de nouveaux outils d'évaluation (de nouveaux type de questionnaires) est le plus souvent coûteux en temps et en argent. De plus il est souhaitable que les évaluations soient comparables d'une étude à l'autre afin d'augmenter la base de connaissance en éducation pour la santé.
3. Une étude pilote (une préenquête) doit toujours être conduite, car le plus souvent un outil d'évaluation donné, un questionnaire par exemple, a été mis au point pour des objectifs précis et pour une population particulière et différente. Au mieux le questionnaire (ou plus généralement l'outil) devra être légèrement modifié. Au pire il faudra choisir un autre type d'évaluation.
4. Prévoir et éviter les principales sources d'erreur en écrivant à l'instar des physiciens, un protocole qui par une étude minutieuse de la procédure envisagée, permet d'identifier les erreurs potentielles.
5. Utiliser une procédure de contrôle de qualité pour détecter les autres sources d'erreur. Chaque étape du recueil et de saisie des données doit être reproduite sur un sous échantillon aléatoire correspondant à 10 % de l'échantillon d'étude. Une erreur peut être ainsi détectée et corrigée à une étape relativement précoce du recueil de données.
6. Employer plusieurs approches évaluatives. En effet si les mêmes résultats peuvent être obtenus à partir de méthodes très différentes, ces résultats auront plus de chance d'être valides que d'être liés à une erreur systématique de mesure.
7. Employer plusieurs critères d'évaluation. Plusieurs indicateurs de comportement sont plus fiables qu'un seul ou qu'un petit nombre. C'est ainsi que S. EPSTEIN [48] a montré que les corrélations les plus fortes entre attitudes et comportements sont observées lorsque les comportements sont évalués au moyen de multiples indicateurs, ce qui s'explique par le fait que la réalisation d'un comportement est soumis à de nombreuses influences.

8. Utiliser un groupe expérimental contre un groupe témoin avec une assignation aléatoire à l'un ou l'autre groupe. L'équipe d'intervention ne doit alors pas intervenir dans la production et la collecte des données.

Cette démarche reprend en grande partie les différents éléments du modèle expérimental. Elle ne manque pas d'intérêt, mais nous avons vu plus haut les inconvénients qui lui sont inhérents. Pour répondre à la difficulté soulevée par le libellé des questions : sa compréhension, ce qu'il peut induire, mais aussi d'autre part pour rendre le questionnaire plus attractif, T. BARANOWSKI [6] propose l'utilisation d'illustration. L'image peut parfois éviter les ambiguïtés que l'on peut trouver dans un texte. Cette idée a été développée par M. RÆDERER-GREBER de l'équipe de L. MEJEAN [109, 108] dans une technique d'évaluation des consommations alimentaires.

E.P. BETTINGHAUS [15] rappelle que la structure de l'outil d'évaluation (le questionnaire) dépend largement de la façon dont on définit ce qu'il est censé mesurer. Par exemple E.S. BOGARDUS¹ qui définit l'attitude comme une intention de se comporter a mis au point une échelle de distance sociale. De leur côté L.L. THURSTONE², R.A. LIKERT³, L. GUTTMAN⁴ et C.E. OSGOOD⁵ partant d'une autre définition des attitudes ont mis au point des instruments qui apprécient le degré d'affect ou de sensation. Dans tous les cas, on aboutit à des batteries de questions dont l'orientation vers un type d'attitude est préétablie. Nous verrons dans l'approche factorielle qu'il peut en être tout autrement.

Outre la distinction que l'on fait entre les questionnaires autoadministrés (remplis directement par le sujet interrogé) et les questionnaires remplis par l'enquêteur au cours d'un entretien ou après celui-ci, on distingue aussi les questionnaires à questions ouvertes et ceux à questions fermées.

Les questions fermées offrent un choix limité de réponses au sujet interrogé. L'intérêt est de pouvoir facilement coder les réponses en vue d'une analyse statistique. L'inconvénient majeur

¹ BOGARDUS E.S. Measuring social distance. *J Appl Psychol.* 1925; 9, 299-308.

² THURSTONE L.L. Theory of attitude measurement. *Psychol Bull.* 1929; 36, 222-241.

³ LIKERT R.A. Technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol.* New York, 1932 (140).

⁴ GUTTMAN L. The problem of attitude and opinion measurement, in : Stouffer S.A. eds. *Measurement and Prediction.* Princeton. Princeton University Press, 1950, pp. 60-90.

⁵ C.E. OSGOOD et al. *The measurement of meaning.* Urbana. University of Illinois Press, 1957.

de ce dispositif est qu'il repose sur la présupposition souvent remise en cause que le choix des réponses proposées recouvre l'ensemble des réponses possibles. C'est l'hypothèse d'exhaustivité. Le risque n'est alors pas négligeable que le sujet interrogé se retrouve *prisonnier* dans un énoncé de la question non pertinent par rapport à sa problématique propre et/ou dans un choix de réponses ne prenant pas en compte ses options personnelles. C'est ce qui fait dire à R. GHIGLIONE [54] qu'une enquête devrait commencer par une phase qualitative sous forme d'un ensemble d'entretiens non directifs ou structurés suivie d'une phase quantitative comportant l'application d'un questionnaire à un échantillon. Dans cette deuxième phase, on peut alors vérifier les hypothèses formulées au terme de la première. En effet, pour construire un questionnaire à questions fermées, il faut d'abord avoir une idée précise de ce que l'on cherche. Mais P.D. MULLEN et D. IVERSON [98] soulignent qu'une approche qualitative peut aussi venir après une phase quantitative pour alimenter et étayer l'analyse des résultats de cette dernière.

Les questions ouvertes apportent en partie une autre dimension en offrant au sujet interrogé la possibilité non seulement d'exprimer son ou ses choix personnels, mais aussi de pouvoir reformuler la question d'une façon qui lui paraîtra plus pertinente. Cette nouvelle approche autorise à ne pas totalement définir les objectifs, ni le référentiel des réponses possibles. Cet avantage n'est pas sans soulever de sérieuses difficultés, à commencer par l'utilisation d'outils et de techniques permettant d'exploiter de telles données. Les techniques sont nombreuses, allant du simple post codage à l'analyse linguistique ou psychosociologique de contenu. Dans tous les cas, les manipulations des données deviennent plus lourdes et le questionnaire en tant qu'outil perd une partie des avantages qui expliquent son usage très répandu.

Il faut de toute manière remarquer que le questionnaire entre dans une dynamique de "communication" entre deux "personnes", celle qui est interrogée et celle (ou celles) qui interroge à travers le questionnaire. Or le processus de communication est, comme nous l'avons vu, une reconstruction du réel. De ce fait, le questionnaire ne rend pas compte d'un monde réel, mais de sa reconstruction dans le cadre du questionnaire. Cette reconstruction dépend étroitement de la façon dont le questionnaire est conçu, réalisé, présenté et enfin rempli. Nous sommes ici confrontés au biais de ce que les Anglo-saxons appellent le "self-report".

3.2.5.5.2. *L'entretien d'enquête*

L'entretien est un outil largement utilisé par les psychologues, aussi faut-il tout de suite distinguer l'entretien d'enquête qui nous intéresse ici comme producteur de données d'étude, de l'entretien clinique dont la finalité est essentiellement thérapeutique.

La forme d'entretien qui nous intéresse et que A. BLANCHET [16] appelle entretien de recherche appartient à un sous-ensemble des "événements de paroles" que l'on appelle "entretien" et que W. LABOV et D. FANSHEL¹ définissent comme suit : «un entretien est un "speech event" dans lequel une personne A extrait une information d'une personne B, information qui était contenue dans la biographie de B». L'expression biographie renvoie au fait que l'information recueillie par A (l'enquêteur) a été expérimentée et intégrée par B (l'enquêté) et que sa restitution par B est obligatoirement subjective marquée par l'interprétation qu'en fait B, significative de son expérience. L'entretien en cela se distingue du compte rendu immédiat par B d'un événement qui vient de se réaliser.

L'entretien d'enquête ou de recherche appartient selon A. BLANCHET [16] à l'ensemble des "interviews" qui est caractérisé par le fait que l'initiative et le bénéfice de la rencontre revient à A, alors que l'entretien thérapeutique répond à une demande de B qui devient le principal bénéficiaire. Ainsi caractérisé, l'entretien thérapeutique appartient à l'ensemble plus large des "consultations" qui contient aussi les plaintes de police, les confessions ...

Il est intéressant de remarquer que les questionnaires que nous avons présentés au chapitre précédent font partie des interviews tels qu'ils sont définis par A. BLANCHET [16]. D'autre part, le phénomène de reconstruction du réel dans le processus de communication évoqué plus haut vaut tout autant pour les entretiens et en particulier l'entretien de recherche. «L'entretien de recherche, nous dit A. BLANCHET [16], vise à travers la construction du discours la connaissance objectivante d'un problème, fût-il subjectif ...» L'entretien étant à chaque instant co-construit par les deux interlocuteurs, il correspond à un produit toujours singulier jamais reproductible à l'inverse de beaucoup de mesures physiologiques par exemple.

Nous retiendrons enfin de l'entretien de recherche, la définition qu'en donne A. BLANCHET [16] : «... un entretien entre deux personnes, un interviewer et un interviewé, conduit et enregistré par l'interviewer ; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production

¹ Référence citée par A. BLANCHET : LABOV W., FANSHEL D. Therapeutic discourse. London, London Academic Press, 1977.

d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche. L'entretien de recherche est donc utilisé pour étudier les faits dont la parole est le vecteur :

- Etude d'actions passées (approche biographique, constitution d'archives orales, analyse rétrospective de l'action etc...).
- Etude des représentations sociales (systèmes de normes et de valeurs, savoirs sociaux, représentation d'objet, etc...).

...».

L'entretien d'enquête peut être plus ou moins contrôlé selon le type d'analyse auquel on veut le soumettre par la suite. Il s'agira le plus souvent donc d'un entretien semi-directif. Selon le contexte, selon les objectifs, il faudra préciser la nature de l'enquêteur, le contrat d'entretien, le système des interventions (consignes et commentaires), la durée de l'entretien.

La **nature de l'enquêteur** et sa position vis-à-vis du sujet interrogé : un psychologue, un pair, une personne neutre et étrangère au programme. A. BLANCHET [16] fait remarquer que «la proximité sociale, définie comme une commune appartenance de l'interviewer et de l'interviewé à des caractéristiques sociales semblables, facilite l'échange et le dialogue». De la même manière il est impératif d'éviter dans le discours toute polémique et tout ce qui pourrait traduire un rapport de force, de pouvoir ou de rejet.

Le **contrat d'entretien**, ou encore contrat initial est l'ensemble des règles du discours tacitement partagées par les deux interlocuteurs. Ces règles s'établissent pendant la période de prise de contact. Une définition minimale de ce contrat initial passe par l'obligation pour l'interviewer de préciser à l'interviewé

- qui il est,
- au nom de qui il vient,
- de quelle recherche il s'agit , le pourquoi cette recherche, de quoi ils vont parler,
- ce qui a conduit (le pourquoi et le comment) à choisir cet interviewé.

Le contrat initial correspond à une "négociation" des enjeux et des objectifs du discours. De ce contrat initial dépend le déroulement de l'entretien, aussi il est évident que l'élaboration minutieuse et la standardisation de la définition du contrat initial est indispensable dans le cadre des entretiens de recherche.

Les **interventions** de l'interviewer sont de deux types : la consigne inaugurale et les commentaires. Le but de la *consigne inaugurale* est de fixer le thème du discours. Il est important qu'elle soit parfaitement formulée et énoncée littéralement toujours de la même façon d'un entretien à l'autre. En effet, la formulation de la consigne va jouer un rôle capital dans la nature du discours produit, mais aussi dans l'interprétation à donner à ce discours. A. BLANCHET [16] donne les deux exemples de début de consignes suivants :

- "J'aimerais savoir ce que représente pour vous ..."

- "J'aimerais savoir comment ça se passe actuellement pour vous ..."

Le premier type de consigne va donner lieu à un discours assertif, le second un discours narratif. La consigne complète l'information apportée lors du contrat initial. Il est donc important qu'elle n'entre pas en contradiction avec celui-ci. Les *commentaires* sont les interventions de l'interviewer au cours de l'entretien pour approuver, reformuler, demander des précisions ... Il n'y a pas de règles fixes quant à l'usage des commentaires, sinon qu'ils doivent être utilisés avec modération afin de ne pas rompre la linéarité du discours. Leur rôle est en effet de favoriser la production non de la morceler. C'est pour cela que les commentaires sont parfois appelés "relances".

La **durée de l'entretien** joue bien sûr un rôle important sur la qualité et la quantité de la production. Cette durée pourra d'un autre côté répondre à des exigences méthodologiques : types d'analyses envisagées, nombre de sujets à interroger, temps enquêteur total disponible ...

Dans le domaine particulier de l'évaluation en éducation pour la santé, la plupart de ces paramètres sont à déterminer et ils ne pourront l'être qu'au cours d'expérimentation dans le cadre de programmes à venir.

Ces entretiens peuvent donner lieu au remplissage d'un questionnaire par l'enquêteur, ou à la rédaction d'un compte rendu. Cependant, l'entretien comme producteur de données trouve tout son intérêt lorsqu'il peut être enregistré. Si l'enregistrement sonore permet par la suite une analyse de la communication verbale, l'enregistrement visuel (vidéo) quand il est possible permet une analyse de la communication non verbale qui peut avantageusement compléter et expliciter l'analyse verbale. L'analyse de l'entretien n'est pas sans soulever des problèmes importants car celui-ci est tributaire d'un jeu complexe d'interrelations entre l'interviewer et l'interviewé. Un lecteur, même externe, perçoit ce discours à travers ses propres représentations

du thème traité. A. BLANCHET [16] attribue les différences (voire les contradictions) entre les analyses possibles d'un même corpus, à la polysémie du discours, c'est-à-dire à la multiplicité de ses significations. Nous proposons dans l'évaluation factorielle une approche lexicométrique qui essaye de limiter, ou au moins retarder la subjectivité du lecteur dans le processus d'analyse du corpus. J.L. FLEISS [52] a proposé une méthode statistique permettant d'estimer la fiabilité des données d'entretien. Elle revient à étudier la cohérence des analyses de K investigateurs sur un corpus de NK entretiens, chacun des investigateurs s'étant entretenu avec un groupe de N sujets. Il faut remarquer que le résultat de chaque analyse doit donner lieu à un score qui dépendra donc du sujet et de l'investigateur, ce qui n'est pas toujours possible ni souhaitable. De plus la méthode nécessite la mise en œuvre d'une expérimentation assez lourde.

3.3. L'évaluation globale

Une des grandes difficultés de l'évaluation en éducation pour la santé et d'une manière générale dans toute intervention qui s'adresse à une communauté, c'est le nombre de paramètres à prendre en compte simultanément et les interactions qui peuvent s'établir entre eux. Les modèles factoriels dont sont issues les analyses en composantes principales ou des correspondances permettent d'apporter une réponse (au moins partielle). Nous présentons ci-dessous deux approches que nous expérimentons actuellement dans le domaine de l'éducation pour la santé : l'analyse statistique des données textuelles de L. LEBART et A. SALEM [79] et l'analyse factorielle des représentations et de la perception des risques de J.-P. PAGES [104, 105].

3.3.1. L'analyse statistique des données textuelles

3.3.1.1. Préliminaires linguistiques

La linguistique qui est l'étude scientifique du langage est un domaine assez large dans lequel se trouve la lexicométrie.

La lexicométrie utilise des méthodes quantitatives (comptages, distances, etc...) appliquées aux mots ou à des groupes de mots d'un texte écrit ou oral. Elle se caractérise par :

- le fait que l'objet d'étude est le mot en tant que forme (signe) sans interprétation syntactico-sémantique, au moins dans un premier temps,
- la prise en compte de la totalité des mots sans privilégier a priori certains d'entre eux, ni appliquer d'opération préalable de regroupement de mots en classes ou familles (la lemmatisation) qui en français consiste à ramener : les formes verbales à l'infinitif, les substantifs au singulier, les adjectifs au masculin singulier, les formes élidées à la forme sans élision),
- le recours à l'analyse statistique pour mettre en évidence des lois et des réseaux de relations :
 - en termes de hiérarchie de proportions,
 - en termes de positions relatives des mots les uns par rapport aux autres,
 - en termes de relation entre les mots d'une part et les groupes de sujet qui les émettent d'autre part.

L'intérêt de la lexicométrie automatisée est :

- d'opérer sur l'ensemble des mots qui composent un discours, un corpus, ce qui serait impossible manuellement,
- de permettre de caractériser le vocabulaire,
- de permettre d'obtenir les contextes d'une "forme" donnée pour repérer d'éventuels phénomènes associatifs,
- de permettre par l'analyse des correspondances de situer les mots les uns par rapport aux autres et surtout par rapport à des variables qui peuvent être des personnes ou des groupes de personnes, caractérisés par l'âge, le sexe ... C'est donc un outil de comparaison.

L. LEBART et A. SALEM [79] adoptent la terminologie suivante que nous utiliserons. Pour eux le texte qui est appelé **corpus** est constitué d'**occurrences** (les chaînes de caractères du texte). Les occurrences semblables constituent une **forme graphique** (classe d'équivalence). L'ensemble des formes graphiques est le **vocabulaire** (ou le lexique). Le vocabulaire est donc une partition du corpus en un ensemble de classes d'occurrences.

3.3.1.2. Présentation de l'analyse statistique de données textuelles

L'analyse statistique de données textuelles est une analyse lexicométrique qui calcule des fréquences de formes graphiques ou de successions de formes graphiques appelés segments répétés. Ces fréquences sont précisées en fonction des modalités que prennent des variables qualitatives qui caractérisent les sujets ayant utilisé ces formes graphiques dans leur discours. Les tableaux ainsi obtenus sont soumis à une analyse factorielle des correspondances et à une classification hiérarchique. Il est intéressant de remarquer qu'aucun présupposé n'est fait initialement sur le contenu sémantique des formes graphiques, l'interprétation de leur signification étant retardé le plus longtemps possible. L'intérêt d'une telle option est de répondre à la difficulté soulevée par A. BLANCHET [16] concernant la polysémie du discours (cf. § 3.2.5.5.2). Une telle analyse n'est pas forcément plus fiable qu'une analyse propositionnelle du discours qui se fonde sur un contenu sémantique a priori comme le propose R. GHIGLIONE [56]. Elle est simplement plus facile à reproduire dans la mesure où elle fait moins appel à l'interprétation et la subjectivité du lecteur, tout au moins au début.

L. LEBART et A. SALEM [79] ont proposé une technique structurée d'analyse statistique des données textuelles ayant donné lieu à la réalisation du logiciel SPADT commercialisé par la société CISIA [65, 77]. Ce logiciel est le complément lexicométrique du logiciel SPADN antérieur, réalisant des analyses de données multifactorielles sur des variables numériques.

Nous allons essayer de résumer dans les lignes qui suivent les principes même du logiciel. Dans un premier temps, nous préciserons la nature des données et leur agencement. Ensuite nous verrons les modalités de leur traitement.

3.3.1.3. La nature des données

Les données prises en compte par cette technique sont de deux types : les données textuelles et les données numériques. Après avoir examiné ces deux types de données, nous verrons comment s'agencent ces données dans les tableaux de contingence pour être exploitables.

3.3.1.3.1. Les données textuelles

Les données textuelles peuvent avoir des origines diverses : entretiens semi-directifs, débats, réponses écrites à des questions ouvertes. Pour notre part, nous avons expérimenté le logiciel

sur un corpus issu des débats d'une conférence, donc avec du langage verbal et des interventions beaucoup plus longues que ne le sont habituellement les réponses écrites à des questions ouvertes. Mais ce sont essentiellement des réponses courtes à des questions ouvertes dans des questionnaires qui ont été traitées jusqu'à présent avec le logiciel SPADT.

Dans sa forme la plus générale, le texte alors soumis au traitement se présente sous la forme suivante, représentant les réponses par n sujets à q questions ouvertes.

```

- - - -   sujet 1
texte 1.1      (réponse du sujet 1 à la question 1)
++++
texte 1.2      (réponse du sujet 1 à la question 2)
++++
texte 1.3      (réponse du sujet 1 à la question 3)
++++
++++
texte 1.5      (réponse du sujet 1 à la question 5)
++++
...
...
...
++++
texte 1.9      (réponse du sujet 1 à la question q)
- - - -   sujet 2
texte 2.1      (réponse du sujet 2 à la question 1)
++++
...
...
...
++++
texte n.q      (réponse du sujet n à la question q)
=====

```

Le texte source qui peut être produit par n'importe quel éditeur se termine par le symbole " = = = = ". L'ensemble des réponses pour chaque sujet commence par " - - - - code sujet facultatif".

Deux réponses à deux questions consécutives pour un sujet sont séparées par "++++".

Dans l'exemple ci-dessus, le sujet 1 n'a pas répondu à la question 4. Il n'y a pas de *texte 1.4* mais sa place est réservée.

Dans une première étape, le logiciel va **numériser** le texte. Il va pour cela repérer toutes les formes graphiques et leur attribuer à chacune un numéro d'ordre stocké dans un dictionnaire des formes. Puis chaque occurrence dans le texte sera remplacée par le numéro de la forme correspondante. Cette première étape permet de présenter le texte en machine sous une forme plus compacte donc plus facilement manipulable par les calculateurs. Cette étape produit aussi un dictionnaire des formes graphiques qui peut être présenté soit dans l'ordre alphabétique des formes, soit dans l'ordre de fréquence des occurrences. L'examen de ces deux dictionnaires permettra de faire des choix par la suite, soit en supprimant des formes (en les énumérant ou en fixant des seuils de taille et de fréquence), soit en regroupant des formes (lemmatisation en énumérant les formes à regrouper).

La segmentation du **corpus K** a permis de distinguer des **formes graphiques** (classes d'occurrences) dont l'ensemble constitue le **vocabulaire** dont la taille est notée **V** (nombre de formes graphiques). On note V_i l'effectif des formes de fréquence **i** (nombre de classes contenant **i** occurrences). Si F_{\max} est la fréquence maximale (cardinal de la classe la plus grande) et **T** la **longueur du corpus** (nombre total d'occurrences) alors on peut écrire :

$$\sum_{i=1}^{F_{\max}} V_i = V$$

$$\sum_{i=1}^{F_{\max}} V_i \cdot i = T$$

3.3.1.3.2. Les données numériques

Les données numériques correspondent ici aux valeurs prises par **k** variables qualitatives pour les **n** sujets ayant répondu aux questions ouvertes. Les variables sont habituellement nominales, mais nous verrons lors du traitement des données qu'un artifice permet de prendre en compte des variables qualitatives ordinales, en général le temps.

Les données numériques qui peuvent être saisies à partir d'un éditeur ou d'un tableur pourront être en format libre ou justifiées. D'une manière générale, elles se présenteront comme suit :

'1'	x_{11}	x_{12}	...	x_{1k}
'2'	x_{21}	x_{22}	...	x_{2k}
...
'n'	x_{n1}	x_{n2}	...	x_{nk}

Les lignes correspondant aux sujets seront dans le même ordre que les sujets dans le fichier de données textuelles. x_{ij} est la valeur prise par la variable j pour le sujet i .

3.3.1.3.3. Les tableaux de contingences et l'approche lexicométrique

Comme nous le verrons plus loin, l'analyse des correspondances revient à construire des représentations graphiques de tableaux de contingence, c'est-à-dire des tableaux rectangulaires croisant deux variables qualitatives comme l'indique le tableau ci-dessous.

En lexicométrie, l'ensemble étudié est le corpus et les unités statistiques sont en général les occurrences (et non les individus qui répondent aux questions). Nous verrons plus tard qu'il peut y avoir d'autres choix.

La première variable V à considérer est alors la variable vocabulaire dont les modalités sont les formes graphiques : $M_1, M_2, M_3, \dots, M_v$.

La deuxième variable V' prise en compte est une des variables nominale du § 3.3.1.3.2. Il s'agira donc le plus souvent d'une caractéristique du sujet (tranche d'âge, catégorie socioprofessionnelle, sexe, etc.) ou des sujets eux mêmes (chaque sujet est une modalité). Il peut s'agir aussi de variables "extérieures" comme le temps sous forme de période. Il peut s'agir enfin du croisement de deux variables nominales V'_1 (k'_1 modalités) et V'_2 (k'_2 modalités) donnant une nouvelle variable qualitative à $k'_1 k'_2$ modalités. Lorsque tout le corpus est pris en compte on obtient ainsi le **tableau lexical entier** du corpus représenté par la figure (3.3.1.3.3) 1.

		V'					
		M'_1	M'_2	M'_3	...	M'_v	
V	M_1						L_1
	M_2			O_{23}			L_2
	M_3						L_3

	M_v						L_v
		C_1	C_2	C_3	...	C_v	T

Figure (3.3.1.3.3) 1

Tableau lexical entier

Il faut remarquer que le vocabulaire croît avec la taille du corpus, mais rapidement se "sature" dès que le corpus est assez grand. Ceci fait qu'à partir d'un certain seuil, l'augmentation de la taille du corpus n'a d'intérêt que si l'on augmente le nombre de modalités de la variable nominale. C'est le cas par exemple lorsque l'on croise plusieurs variables nominales.

La figure (3.3.1.3.3) 2 donne l'allure de la croissance du vocabulaire en fonction de celle du corpus.

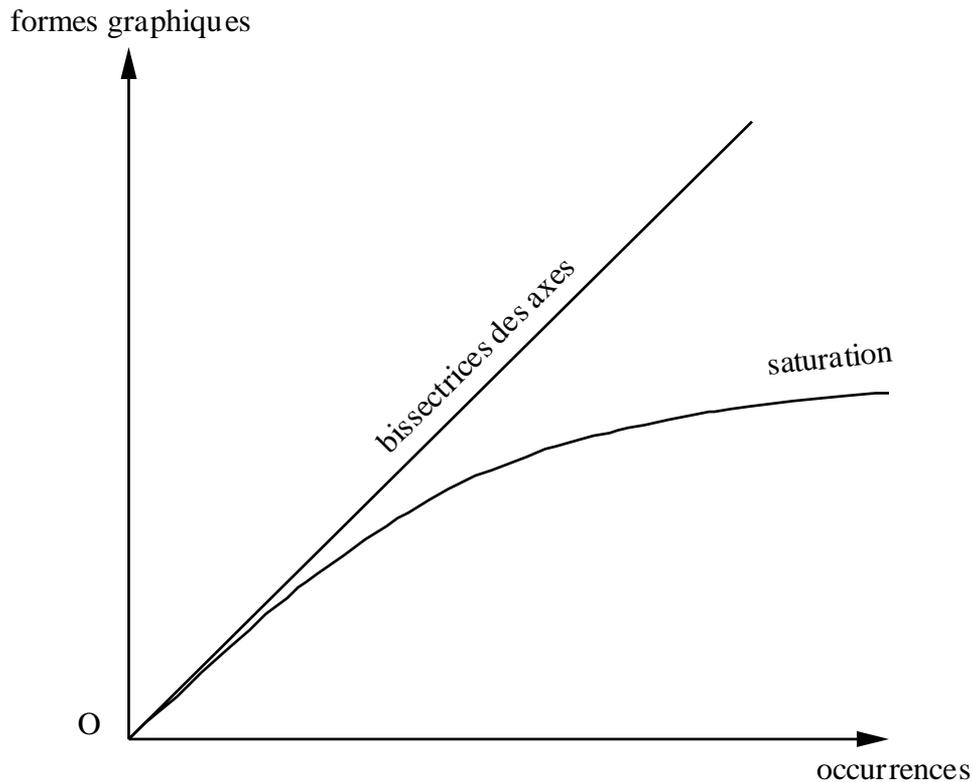


Figure (3.3.1.3.3) 2

Relation entre la taille du vocabulaire et celle du corpus

Nous serons aussi amenés à utiliser des **tableaux lexicaux juxtaposés** lors de l'utilisation de variables illustratives. Cela revient à prendre en compte plus d'une variable numérique.

Notons enfin que selon l'étape en cours de l'analyse, le vocabulaire pourra être réduit à un certain nombre de formes graphiques jugées pertinentes par exemple quelques substantifs, les verbes, les pronoms personnels, etc... Le tableau obtenu est alors appelé **tableau lexical partiel**.

3.3.1.4. Le traitement des données

Le traitement des données va utiliser des analyses factorielles de correspondances et des classifications automatiques appliquées sur les tableaux lexicaux entiers ou partiels.

3.3.1.4.1. L'analyse des correspondances

Afin d'illustrer notre propos par un exemple concret, nous empruntons à L. LEBART et A. SALEM [79] le tableau lexical partiel représenté par le tableau (3.3.1.4.1) 1 qui croise 16 substantifs (formes graphiques) rencontrés dans les réponses à la question ouverte : «Quelles sont les raisons qui, selon vous, peuvent faire hésiter une femme ou un couple à avoir un enfant ?», avec 5 niveaux de diplômes.

Tableau (3.3.1.4.1) 1

Tableau lexical partiel : formes, diplômes

	Sans Diplôme	CEP	BEPC	Bac	Univ.	TOTAL
Peur	25	45	38	38	13	159
Santé	18	27	20	19	9	93
Avenir	53	90	78	75	22	318
Argent	51	64	32	29	17	193
Emploi	12	35	19	6	7	79
Guerre	4	7	7	6	2	26
Chômage	71	111	50	40	11	283
Travail	35	61	29	14	12	151
Egoïsme	21	37	14	26	9	107
Maladie	21	37	14	26	9	107
Finances	10	7	7	3	1	28
Logement	8	22	7	10	5	52
Difficile	7	11	4	3	2	27
Economique	7	13	12	11	11	54
Financières	21	32	42	47	30	172
Conjoncture	1	7	5	5	4	7
TOTAL	365	606	378	358	164	1871

Les valeurs exprimées dans ce tableau sont des effectifs d'occurrences. Nous noterons k_{ij} l'effectif de la case appartenant à la $i^{\text{ème}}$ ligne et à la $j^{\text{ème}}$ colonne. Par exemple $k_{32} = 90$. En sommant les k_{ij} sur les lignes et les colonnes on obtient la taille $k = 1871$ du corpus retenu. Les

totaux de la $i^{\text{ème}}$ ligne et de la $j^{\text{ème}}$ colonne seront notés respectivement k_i et k_j . Par exemple $k_5 = 79$: nombre total d'occurrences de la forme "emploi" et $k_4 = 358$: nombre total d'occurrences utilisées par les sujets du niveau bac.

Nous pouvons constater que les nombres de sujets n'interviennent pas directement dans le tableau.

Tableau (3.3.1.4.1) 2
Tableau des profils-lignes

	Sans Diplôme	CEP	BEPC	Bac	Univ.	TOTAL
Peur	0.157	0.283	0.239	0.239	0.082	1.000
Santé	0.192	0.290	0.215	0.204	0.097	1.000
Avenir	0.167	0.283	0.245	0.236	0.069	1.000
Argent	0.264	0.332	0.166	0.150	0.088	1.000
Emploi	0.152	0.443	0.241	0.076	0.088	1.000
Guerre	0.154	0.269	0.269	0.231	0.077	1.000
Chômage	0.251	0.392	0.177	0.141	0.034	1.000
Travail	0.232	0.404	0.192	0.093	0.079	1.000
Egoïsme	0.196	0.346	0.131	0.243	0.084	1.000
Maladie	0.196	0.346	0.131	0.243	0.084	1.000
Finances	0.357	0.250	0.250	0.107	0.036	1.000
Logement	0.153	0.423	0.135	0.192	0.096	1.000
Difficile	0.259	0.407	0.148	0.111	0.074	1.000
Economique	0.130	0.241	0.222	0.204	0.204	1.000
Financières	0.122	0.186	0.244	0.273	0.174	1.000
Conjoncture	0.045	0.318	0.227	0.227	0.183	1.000
MARGE	0.195	0.324	0.202	0.191	0.088	1.000

Une des questions possibles sera alors par exemple de savoir si les formes graphiques sont utilisées de la même façon ou non en fonction du niveau de diplôme du sujet qui parle. Cela revient à comparer entre elles les lignes du tableau lexical. Mais comme globalement, certaines formes sont plus utilisées que d'autres, la comparaison de leur répartition en fonction des diplômes sera plus facile si l'on considère non pas les effectifs par diplôme, mais la répartition

en fréquences relatives entre diplômes. Nous obtenons alors le tableau (3.3.1.4.1) 2 qui compare les **profils-lignes**.

De la même façon, nous pouvons construire à partir du tableau lexical partiel, le tableau (3.3.1.4.1) 3 des profils-colonnes.

Tableau (3.3.1.4.1) 3
Tableau des profils-colonnes

	Sans Diplôme	CEP	BEPC	Bac	Univ.	MARGE
Peur	0.068	0.074	0.100	0.106	0.079	0.085
Santé	0.049	0.044	0.053	0.053	0.055	0.049
Avenir	0.145	0.148	0.206	0.209	0.134	0.170
Argent	0.139	0.106	0.085	0.081	0.104	0.103
Emploi	0.033	0.058	0.050	0.017	0.043	0.042
Guerre	0.011	0.012	0.018	0.017	0.012	0.014
Chômage	0.194	0.183	0.132	0.112	0.067	0.151
Travail	0.096	0.101	0.077	0.039	0.073	0.081
Egoïsme	0.057	0.061	0.037	0.073	0.055	0.057
Maladies	0.057	0.061	0.037	0.073	0.055	0.057
Finances	0.027	0.012	0.018	0.008	0.006	0.015
Logement	0.022	0.036	0.018	0.028	0.030	0.028
Difficile	0.019	0.018	0.011	0.008	0.012	0.015
Economique	0.019	0.021	0.032	0.031	0.067	0.029
Financières	0.057	0.053	0.0111	0.131	0.182	0.092
Conjoncture	0.003	0.012	0.013	0.014	0.024	0.012
TOTAL	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

Fixons les notations suivantes pour $1 \leq i \leq n$ et $1 \leq j \leq p$

$$f_{ij} = \frac{k_{ij}}{k} : \text{fréquences relatives}$$

$$f_{i.} = \sum_{j=1}^p f_{ij} : \text{fréquences relatives marginales droites}$$

$$f_{.j} = \sum_{i=1}^n f_{ij} : \text{fréquences relatives marginales inférieures}$$

Avec ces notations, le tableau (3.3.1.4.1) 2 est celui des $f_{ij}/f_{i.}$ et le tableau (3.3.1.4.1) 3 celui des $f_{ij}/f_{.j}$.

La question précédente peut être précisée et reformulée comme suit :

Si les formes graphiques sont considérées comme n points M_i repérés dans un espace F_p de dimension p défini par les p niveaux de diplômes (le point M_i ayant pour coordonnées dans F_p les valeurs de son profil ligne dans le tableau (3.3.1.4.1) 2), alors on peut s'interroger sur les positions relatives des points M_i les uns par rapport aux autres, "quels mots sont associés à tel autre ?", "comment se structure les vocabulaires utilisés par les personnes interrogées ?". Cela revient à s'intéresser à la forme du nuage de n points M_i (des n formes graphiques), ce qui nécessite de définir une distance entre les points dans l'espace F_p .

La distance choisie pour mesurer la proximité entre deux points M_i et $M_{i'}$ est la distance dite du χ^2 définie par :

$$d^2(M_i, M_{i'}) = \sum_{j=1}^p \frac{1}{f_{.j}} \left(\frac{f_{ij}}{f_{i.}} - \frac{f_{i'j}}{f_{i'.}} \right)^2$$

Cette distance a l'avantage de vérifier le **principe d'équivalences distributionnel** selon lequel deux points M_i et $M_{i'}$ confondus de masses respectives $f_{i.}$ et $f_{i'.}$ peuvent être remplacés par un seul point M_o de masse $f_o = f_{i.} + f_{i'.$, sans changer l'inertie du nuage. L'intérêt est de pouvoir agréger des profils proches sans changer sensiblement la "nature" du nuage.

On modifie l'échelle sur chaque axe j en pondérant chaque coordonnée par l'inverse de la racine carrée de la fréquence relative $f_{.j}$ de la modalité j puis on ramène l'origine du repère au centre de gravité du nuage des points M_i . La $j^{\text{ème}}$ coordonnée du point M_i est alors :

$$y_{ij} = \frac{f_{ij}}{f_{i.} \sqrt{f_{.j}}} - \sqrt{f_{.j}}$$

Afin de pouvoir visualiser la forme du nuage des n points M_i , nous savons qu'il faut projeter ce nuage sur les plans qui successivement expliquent le mieux l'inertie du nuage. D'après L. LEBART [78] la détermination de ces plans revient à trouver les vecteurs propres \mathbf{u}_α de la matrice $\mathbf{X}'\mathbf{X}$, \mathbf{X} étant la matrice de dimension (n,p) de terme général y_{ij} pondéré par la racine carrée de la masse de M_i :

$$x_{ij} = \sqrt{m_i} y_{ij} = \sqrt{f_{i.}} \left(\frac{f_{ij}}{f_{i.} \sqrt{f_{.j}}} - \sqrt{f_{.j}} \right)$$

d'où en simplifiant :

$$x_{ij} = \frac{f_{ij} - f_{i.} f_{.j}}{\sqrt{f_{i.} f_{.j}}}$$

Expression parfaitement symétrique en i et j .

Nous savons que si r est le rang de la matrice \mathbf{X} ($r \leq n$ et $r \leq p$), alors la matrice $\mathbf{X}'\mathbf{X}$ de dimension (p,p) admet r vecteurs propres \mathbf{U}_α associés aux r valeurs propres non nulles λ_α .

Nous aurons ainsi un ou plusieurs plans sur lesquels seront projetées les formes graphiques. La proximité entre deux points projetés rendra compte de la proximité entre deux profils lignes (formes graphiques en fonction des niveaux de diplômes). Mais cette proximité devra être vérifiée au niveau de la projection sur les autres plans car deux points éloignés peuvent être placés dans l'espace de telle sorte que leurs projetés soient proches sur un plan mais pas sur un autre plan orthogonal. Ce risque est tout de même réduit car les vecteurs propres qui déterminent les **axes principaux** sont choisis dans l'ordre des valeurs propres correspondantes décroissantes, elles-mêmes égales à l'inertie du nuage expliquée par l'axe.

L'origine du repère étant le centre de gravité G du nuage, l'éloignement sur le plan principal du projeté de M_i par rapport à l'origine marquera la différence qui existe entre le profil ligne i et le profil ligne moyen constitué par la marge inférieure : $f_{.j}$ ($1 \leq j \leq p$) correspondant aux coordonnées de G .

De la même façon que nous avons étudié les profils-lignes (les formes graphiques) dans l'espace F_p de dimension p des niveaux de diplômes, nous pouvons étudier les profils-colonnes (les

niveaux de diplômes) dans l'espace E_n de dimension n des formes graphiques. Le point Q_j a alors pour $i^{\text{ème}}$ coordonnée ($1 \leq i \leq n$) après changement d'échelle :

$$y_{ij} = \frac{f_{ij}}{f_{.j} \sqrt{f_{.i}}}$$

et pour masse $m_j = f_{.j}$.

Le centre de gravité H du nuage des p points Q_j a pour $i^{\text{ème}}$ coordonnée :

$$h_i = \sqrt{f_{.i}}$$

Si le nuage est centré sur le centre de gravité H , la $i^{\text{ème}}$ coordonnée de Q_j devient :

$$y_{ij} = \frac{f_{ij}}{f_{.j} \sqrt{f_{.i}}} - \sqrt{f_{.i}}$$

De la même façon que précédemment, L. LEBART [78] montre que les projections du nuage des Q_j qui conservent la plus grande inertie, se font sur les plans définis par les vecteurs propres V_α de XX' de dimension (n,n) . Or XX' et $X'X$ ont les mêmes valeurs propres λ_α . L. LEBART établit alors la relation qui existe entre les vecteurs propres U_α et V_α associés à la même valeur propre λ_α .

Le vecteur v_α a ainsi pour $i^{\text{ème}}$ composante :

$$v_{\alpha i} = \frac{1}{\sqrt{\lambda_\alpha}} \sum_{j=1}^p \frac{f_{ij}}{\sqrt{f_{.i} f_{.j}}} u_{\alpha j}$$

et le vecteur u_α a pour $j^{\text{ème}}$ composante :

$$u_{\alpha j} = \frac{1}{\sqrt{\lambda_\alpha}} \sum_{i=1}^n \frac{f_{ij}}{\sqrt{f_{.i} f_{.j}}} v_{\alpha i}$$

$\Psi_{\alpha i}$ et $\Phi_{\alpha j}$, étant les abscisses de M_i et Q_j sur l'axe a correspondant à la valeur propre λ_α , on a :

$$\Psi_{\alpha i} = \sqrt{\lambda_{\alpha}} \frac{v_{\alpha i}}{\sqrt{f_{i.}}}$$

$$\Phi_{\alpha j} = \sqrt{\lambda_{\alpha}} \frac{u_{\alpha j}}{\sqrt{f_{.j}}}$$

et enfin on obtient les deux relations importantes dites de **transition** :

$$\Phi_{\alpha j} = \frac{1}{\sqrt{\lambda_{\alpha}}} \sum_{i=1}^n \frac{f_{ij}}{f_{.j}} \Psi_{\alpha i}$$

$$\Psi_{\alpha i} = \frac{1}{\sqrt{\lambda_{\alpha}}} \sum_{j=1}^n \frac{f_{ij}}{f_{i.}} \Phi_{\alpha j}$$

Si on superpose \mathbf{u}_{α} et \mathbf{v}_{α} pour ne parler que de l'axe α , les relations ci-dessus signifient que la coordonnée $\Psi_{\alpha i}$ sur l'axe α d'une forme graphique i n'est autre que le produit par l'inverse de la racine de λ_{α} , de l'abscisse sur ce même axe α du barycentre des niveaux de diplômes affectés respectivement des masses correspondant aux valeurs du profil ligne de la forme graphique ($i^{\text{ème}}$ ligne du tableau (3.3.1.4.1) 2).

Il faut retenir cependant qu'il n'est pas licite de considérer de manière absolue la proximité entre une forme graphique et un niveau de diplôme. Ces deux points ne sont pas dans un même espace. Mais la superposition des deux espaces et les deux relations de transition ci-dessus nous permettent d'interpréter la position d'une forme graphique par rapport à l'ensemble des niveaux de diplômes et vice versa.

Supposons maintenant que nous ayons par exemple deux niveaux de diplômes supplémentaires : deuxième et troisième cycles universitaires. Le tableau (3.3.1.4.1) 3 prend alors l'aspect décrit par la figure (3.3.1.4.1) 1 où f_{i_s} est l'élément de la $i^{\text{ème}}$ ligne de la colonne s supplémentaire ($p+1 \leq s \leq p+q$), avec :

$$\sum_{i=1}^n f_{is} = f_{.s}$$

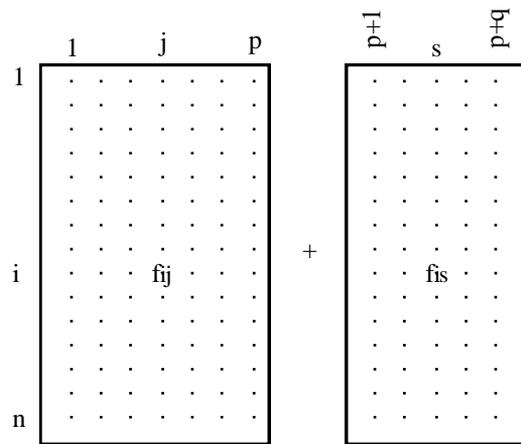


Figure (3.3.1.4.1) 1

Profils colonnes supplémentaires

Les relations de transition déterminées à partir des p premières colonnes, permettent de déterminer l'abscisse du nouveau profil-colonne s sur l'axe α :

$$\Phi_{\alpha s} = \frac{1}{\sqrt{\lambda_{\alpha}}} \sum_{i=1}^n \frac{f_{is}}{f_{.s}} \Psi_{\alpha i}$$

Alors que les p premiers profils-colonnes sont appelés **éléments actifs**, les q profils-colonnes supplémentaires sont appelés **éléments illustratifs**.

De même, on peut ajouter en éléments illustratifs des profils lignes.

Ce qu'il faut retenir, c'est que les axes α sont déterminés uniquement par les éléments actifs (lignes et colonnes). Les éléments illustratifs ne contribuent donc pas à la détermination des axes.

3.3.1.4.2. La classification automatique

La classification automatique permet de partager l'ensemble des formes graphiques ou

l'ensemble des modalités d'une variable (si elles sont nombreuses) en un ensemble de classes au sein desquelles les éléments sont caractérisés par une certaine "proximité".

Il existe deux grandes familles de méthodes de classification : les classifications suivant le principe des nuées dynamiques et les classifications correspondant à des agrégations hiérarchiques. Nous n'aborderons que ces dernières qui sont utilisées dans le logiciel SPADT. Le principe consiste à utiliser la distance du χ^2 définie plus haut (pour les formes graphiques) par :

$$d^2(M_i, M_{i'}) = \sum_{j=1}^p \frac{1}{f_{.j}} \left(\frac{f_{ij}}{f_{i.}} - \frac{f_{i'j}}{f_{i'.}} \right)^2$$

et à chercher parmi tous les couples de points, les deux points M_i et $M_{i'}$, les plus proches. Ces deux points sont alors agrégés en un point M_o , leur centre de gravité par exemple, affecté de la somme des masses m_i et $m_{i'}$ de M_i et $M_{i'}$.

L'opération est itérée sur les $n-1$ points restant, puis encore sur les $n-2$, ainsi de suite jusqu'à ne plus avoir qu'un seul point qui sera appelé le **sommet de l'arbre hiérarchique**. Un exemple d'arbre hiérarchique (encore appelé dendogramme) est donné dans la figure (3.3.1.4.2) 1.

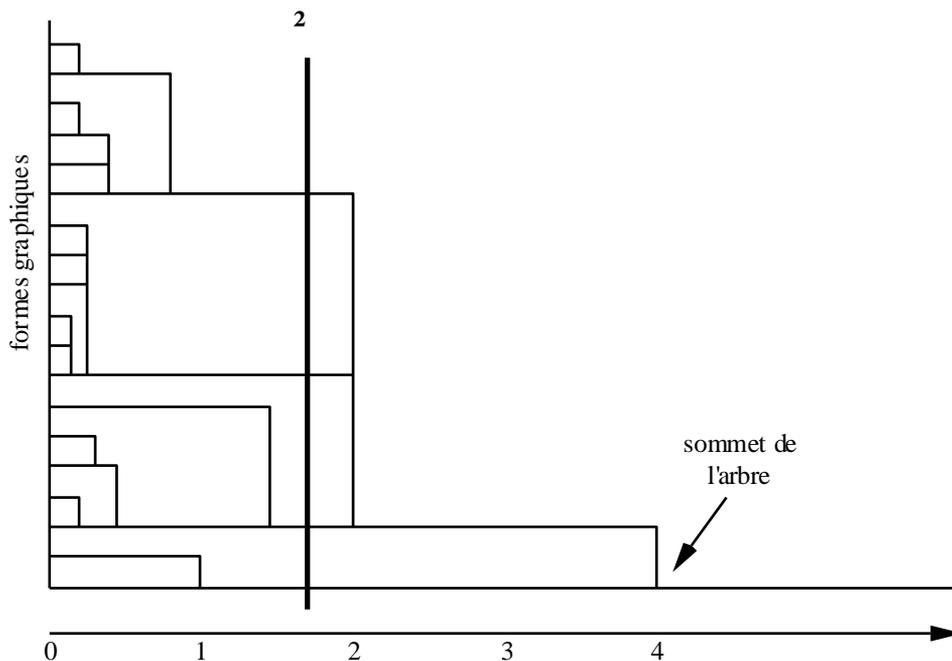


Figure (3.3.1.4.2) 1

Arbres hiérarchiques

Les unités statistiques (les formes graphiques) sont sur l'axe des ordonnées, le sommet de l'arbre

est à droite de la figure. Deux unités statistiques ou deux classes d'unités sont agrégées en un point appelé "nœud" de l'arbre. La proximité entre éléments ou classes peut être appréciée par la position des nœuds par rapport à une échelle d'indices en axe des abscisses.

L'intérêt d'un tel arbre est de pouvoir visualiser les différents niveaux d'agrégation des unités statistiques puis des classes qui se constituent.

L'arbre peut alors être coupé à un endroit donné (par un axe vertical Δ), tous les segments horizontaux coupés déterminant une classe dont le contenu sera détaillé.

Cette étape dans le logiciel SPADT intervient après l'analyse des correspondances et complète celle-ci. En effet, nous avons fait remarquer précédemment que la proximité entre deux formes graphiques dans un plan principal doit être interprétée avec prudence, du fait qu'il s'agit de points projetés dont les points antécédents dans l'espace peuvent être relativement distants. Tout doute à ce sujet peut être levé en examinant dans l'arbre hiérarchique le niveau du nœud où sont agrégés les deux points M_j et $M_{j'}$ ou les classes les contenant.

3.3.1.5. Analyse du discours en éducation pour la santé

L'analyse statistique des données textuelles permet de donner un début de réponse à la question soulevée par A. BLANCHET (§ 3.2.5.5.2) quant à la subjectivité de la lecture des entretiens. En effet le fait de ne pas tenir compte des contenus sémantiques correspondant obligatoirement à une interprétation du lecteur permet au moins dans un premier temps de se libérer de cette subjectivité. Les contenus sémantiques ne seront recherchés que plus tard, lorsque la structure organisant les mots par rapport aux groupes de sujets sera apparue. On pourra alors parler d'une interprétation guidée.

Une telle méthode peut être très utile en évaluation de situation en mettant en évidence à travers les mots employés les champs de préoccupations des différents groupes. M. CROS [37] indique que certains mots employés par des experts peuvent n'avoir aucune résonance chez des adolescents, car ces mots ne correspondent à aucun champs des représentations sociales de ces adolescents.

Une évaluation des effets peut être envisagée en répétant les moments de production de données et en introduisant dans l'analyse le temps comme variable qualitative.

Une des difficultés importantes à résoudre est le choix des formes graphiques actives dans la détermination des axes principaux. Ce choix est dirigé par les éléments que l'on veut mettre en

évidence : les représentations sociales de la santé ou du problème de santé, les modalités des relations adultes adolescents, etc.... Or ces éléments sont en général ceux qui interviennent dans le modèle qui sous-tend l'élaboration de l'action. Ce problème du choix des formes graphiques actives est actuellement un des principaux sujets de recherche de notre équipe.

A titre d'exemple nous avons ainsi étudié le corpus constitué par les débats entre experts lors de la conférence sur l'éducation pour la santé et le sida qui s'est tenue à Montpellier du 29 juin au 2 juillet 1989. Une description de l'organisation de cette conférence est disponible en Annexe 5, pages 339 à 344. Le corpus correspond à un document dactylographié de plus de 200 pages contenant 75249 occurrences regroupées en 5010 formes graphiques.

Dans une première analyse nous avons pris en compte toutes les formes graphiques correspondant à des fréquences d'occurrences supérieures à 10,, ce qui a ramené le nombre des formes graphiques à 645. Nous avons choisi comme variable nominale le croisement de la variable intervenants (9 modalités) et de la variable numéro de séance (9 modalités) donnant une notion de temps, soit 81 modalités.

Nous obtenons alors trois choses remarquables¹.

- Pour pratiquement tous les intervenants, la progression dans le temps se fait plus ou moins dans le sens du deuxième axe, des valeurs négatives vers les valeurs positives.
- Alors que les intervenants sont assez dispersés lors de la première séance, ils se regroupent sensiblement lors des deux dernières séances vers ce que nous pourrions appeler un consensus au niveau des mots utilisés, sans que nous puissions affirmer à ce stade que ce consensus concerne aussi les idées.
- Enfin, lors de la quatrième séance qui fut très conflictuelle, avec l'introduction de deux adolescents supplémentaires, nous observons un déplacement systématique de tous les intervenants dans le sens positif du premier axe qui semble opposer, dans leur vocabulaire, les adultes et les adolescents.

Cette première analyse semble donc rendre compte de l'évolution dans le temps d'une

¹ Il n'est pas possible de présenter ici des extraits des plans de projection qui contiennent trop d'informations (formes graphiques et modalités de la variable nominale) pour pouvoir être lisible dans un format inférieur au A2. Le logiciel SPADT ne permet pas par ailleurs de contrôler les éléments figurant sur la projection sinon en les retirant de la liste des éléments actifs, ce qui modifierait les axes.

dynamique de groupe où se distinguent les adolescents et parmi les adultes, les médecins, les psychosociologues, le philosophe.

Cette analyse doit être reprise en modifiant la liste des formes graphiques actives pour ne retenir que les substantifs ou les verbes, ou encore la terminologie spécifique du sida. Il sera alors intéressant d'étudier la stabilité des projections. En effet, ce problème de stabilité évoqué par E. BRIAN [23] est fondamental car il conditionne l'interprétation qu'on peut faire des projections et la validité des axes principaux obtenus.

3.3.2. L'analyse factorielle des représentations

Le passage de l'approche individuelle à l'approche sociale de l'éducation pour la santé est caractérisé par la nécessité de prendre en compte l'ensemble des interactions qui s'établissent d'une part entre les individus et d'autre part entre les individus et leur environnement.

Cette situation nouvelle intègre le sujet dans un rôle de co-constructeur de la réalité sociale dans laquelle s'insère le projet au lieu de le cantonner à la fonction d'objet expérimental. Une telle situation comme nous l'avons vu s'accommode assez mal du modèle expérimental et des techniques statistiques classiques. Ceci nous conduit à proposer une autre approche.

3.3.2.1. L'interaction comme objet d'analyse

Dans ce que J.-P. PAGES [47, 104] nomme l'*approche mécaniste* correspondant au modèle S(P)R (stimulus-personnalité-réponse), on considère que la réponse (opinion, attitude, comportement) est produite, à travers l'individu, par une cause (le conflit-stimulus) qui préexiste et est susceptible d'être décrite par un certain nombre de caractéristiques (celles de l'observateur). A cette approche, J.-P. PAGES oppose une *approche constructiviste* où l'individu et le stimulus sont traités de façon symétrique. (Figure (3.3.2.1) 1).

La réponse est considérée comme résultant, non pas des caractéristiques de l'individu et du stimulus pris isolément, mais de ce nouvel objet qu'ils forment dans leur interaction. On respecte l'hypothèse que la signification pour l'individu se construit au fur et à mesure d'un apprentissage au cours duquel l'individu s'adapte en rajoutant du sens au stimulus. Dans l'approche mécaniste, le système que l'on cherche à analyser est l'individu ; **dans l'approche**

constructiviste, le système est l'interaction elle-même.

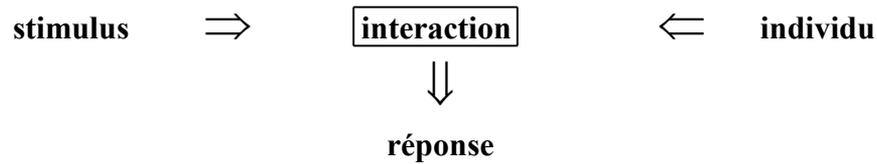


Figure (3.3.2.1) 1

La réponse résultant de l'interaction stimulus-individu

Si les mécanismes qui conduisent à la prise de position sont représentés par la fonctionnelle f , on peut relier la réponse R (opinion, attitude, comportement) à l'individu et au stimulus (conflit) à travers le modèle :

$$R = f(S,P)$$

où S et P sont les ensembles de paramètres qui permettent de traduire dans leur interaction le stimulus (S) et l'individu (P). Les deux ensembles font référence à deux "concepts d'interaction" qui se renvoient l'un à l'autre :

- **la connotation** : elle traduit la véritable signification qui est accordée par l'individu social au conflit ;
- **l'attitude de différenciation** : elle est la prédisposition à agir que le conflit provoque chez l'individu. Cette prédisposition consiste à prendre position pour exprimer sa différence, c'est-à-dire son statut tel qu'on le perçoit ou tel qu'on veut qu'il soit.

Si le conflit engendre les attitudes individuelles, celles-ci, réciproquement, donnent sa signification au conflit. C'est pour rompre ce cercle vicieux que l'on prend en compte ainsi l'interaction : **on va traiter de la connotation et de l'attitude de différenciation simultanément en cherchant à les faire mathématiquement se correspondre par dualité.**

Produire des attitudes, et par là des opinions, était la fonction attribuée aux représentations dans le schéma constructiviste de la figure (2.2.2) 1. Les représentations avaient été distinguées de

la fonction perceptive dans laquelle les behaviouristes les avaient pratiquement confinées. Ce sont toutes ces représentations, considérées comme des processus actifs de construction du sens que l'on a traduit sous la forme d'un système abstrait : l'interaction. *Cette interaction représente donc ce que l'on a appelé les "représentations sociales"* ; elle est l'aboutissement final des ajustements qui se sont opérés entre acteurs, entre acteurs et public et entre individus du public. Dans un état particulier, elle représente les "représentations" d'un individu particulier ; elle est alors l'aboutissement de l'ajustement qui s'est opéré entre cet individu et son environnement.

On voit qu'on établit ici une jonction entre la notion de représentation telle que l'envisage en France par exemple S. MOSCOVICI [97] et le modèle interactionniste-symbolique de l'homme tel que l'ont envisagé aux Etats-Unis les disciples de G.H. MEAD¹ cité par R.M. FARR [49]. Pour décrire les représentations sociales à travers le couple d'ensembles de paramètres (P, S), on a recours à une modélisation de l'interaction entre conflits et individus sociaux où les significations symboliques P données aux conflits sont le reflet des attitudes de différenciation S ; et réciproquement (dualité).

3.3.2.2. De la notion d'interaction à la définition des paramètres du modèle

Considérer l'interaction comme système revient à assimiler les paramètres décrivant le stimulus (S) et l'individu (P) à des paramètres d'état. On ne connaît ni la fonction f , qui permet de passer de l'interaction aux opinions, ni les ensembles de paramètres S et P. **Une approximation va permettre de se ramener à un modèle linéaire** dont il restera à trouver les paramètres.

J.-P. PAGES [105] définit une zone d'états autour d'un individu de référence et du conflit qui lui correspond par dualité. Si dans cette zone on décide de considérer l'approximation du premier ordre comme suffisante et la dérivée de f comme constante, il aboutit à partir de la relation $R = f(S,P)$ à un modèle linéaire mettant en relation espace des états et espace des réponses, c'est-à-dire représentations et opinions. Ce **modèle factoriel** s'écrit de façon matricielle :

$$\mathbf{X} = \mathbf{UC} + \mathbf{E}$$

¹ MEAD G.H. Mind, self and society : From the stand point of a social behaviorist. Chicago, University of Chicago Press, 1934.

où sont désignés par :

- \mathbf{X} , la matrice ($p \times n$) des réponses x_{ij} , centrées autour de l'individu de référence, de n individus (i) à p stimuli (j) ;
- \mathbf{U} , la matrice ($p \times k$) des coordonnées de p stimuli dans le système des k dimensions structurant l'espace des connotations ;
- \mathbf{C} , la matrice ($k \times n$) des coordonnées centrées (autour de l'individu de référence), des n individus dans le système des k dimensions structurant l'espace des attitudes de différenciation ;
- \mathbf{E} , la matrice ($p \times n$) des erreurs faites dans l'approximation \mathbf{UC} de \mathbf{X} .

On ne connaît, dans le modèle factoriel, ni les paramètres caractéristiques des connotations, ni ceux, devant leur correspondre par dualité, caractéristiques des attitudes de différenciation. Pour les découvrir, on va se ramener à un problème d'optimisation : **faire en sorte que le tableau des réponses (opinions) centrées \mathbf{X} soit au mieux ajusté**, et cela pour respecter la symétrie entre conflits et individus, que l'on raisonne dans l'espace \mathbf{R}^n à n dimensions sur ses lignes (conflits) ou que l'on raisonne dans l'espace \mathbf{R}^p à p dimensions sur ses colonnes (individus).

Ici, pour ajuster au mieux le tableau \mathbf{X} , en respectant la symétrie des rôles entre individus et variables, on aura recours aux moindres carrés. Il faut pour cela se donner deux distances euclidiennes :

- La première, dans l'espace \mathbf{R}^n , n'est autre que ce que les probabilistes appellent "distance en moyenne quadratique" ; elle correspond à la donnée d'une matrice diagonale $\mathbf{D}_p(n \times n)$ dont les éléments diagonaux sont des poids \mathbf{p}_i ($\mathbf{p}_i > 0$; $\mathbf{p}_i + \dots + \mathbf{p}_n = 1$) que l'on attribue aux n individus ;
- La seconde, dans l'espace \mathbf{R}^p , correspond à la donnée d'une matrice diagonale $\mathbf{M}(p \times p)$ dont tous les éléments diagonaux sont positifs ; ce sont des poids que l'on attribue aux conflits.

On va opérer par projection dans les deux espaces \mathbf{R}^n et \mathbf{R}^p simultanément. En effet, si on veut respecter la symétrie entre conflits et individus en ajustant \mathbf{UC} à \mathbf{X} , il faut :

- si on raisonne sur les lignes, que les coordonnées \mathbf{U} des conflits-stimuli s'obtiennent dans \mathbf{R}^n par \mathbf{D}^p -projection des lignes de \mathbf{X} sur le sous-espace de dimension k engendré par les

lignes de \mathbf{C} (problème classique de régression linéaire) ;

- si on raisonne sur les colonnes, que les coordonnées \mathbf{C} des individus s'obtiennent dans \mathbf{R}_p par \mathbf{M} -projection des colonnes de \mathbf{X} sur le sous-espace de dimension k engendré par les colonnes de \mathbf{U} (problème classique de calibration).

La solution de ce double problème est fournie par l'analyse en composantes principales du triplet $(\mathbf{X}, \mathbf{M}, \mathbf{D}_p)$.

F. CAILLIEZ et J.-P. PAGES [27] ont montré que l'analyse en composantes principales permet d'obtenir des paramètres \mathbf{U} et \mathbf{C} qui se correspondent bien mathématiquement par dualité. On peut, en effet, organiser les objets mathématiques qui participent à la solution selon le schéma de dualité ci-dessous

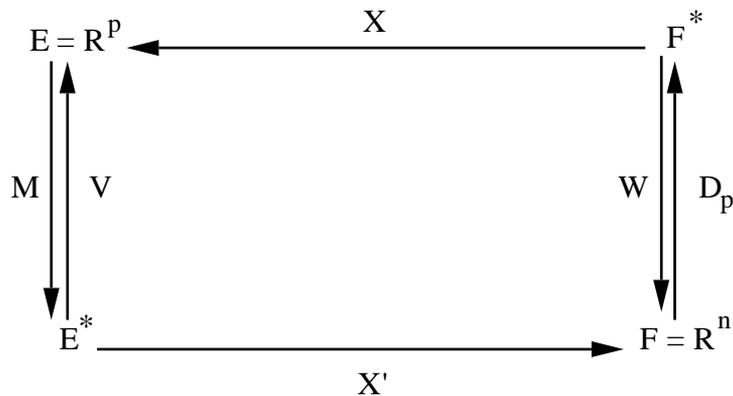


Figure (3.3.2.2) 1

Le schéma de dualité

- E^* et F^* sont les "duaux" des espaces $E = \mathbf{R}^p$ et $F = \mathbf{R}^n$;
- \mathbf{M} et \mathbf{D}_p sont les distances euclidiennes, définies sur E et F respectivement, assimilées ici à des isomorphismes entre les espaces et leurs duaux ;
- \mathbf{X} est le tableau de données et \mathbf{X}' son transposé ; tous deux sont assimilés à des applications permettant de circuler respectivement de F^* à E et de E^* à F ;
- $\mathbf{V} = \mathbf{X}\mathbf{D}_p\mathbf{X}'$ et $\mathbf{W} = \mathbf{X}'\mathbf{M}\mathbf{X}$

Les solutions \mathbf{U} et \mathbf{C} correspondent alors aux k premiers vecteurs propres respectivement

(colonnes de \mathbf{U} et lignes de \mathbf{C}) de \mathbf{VM} et de \mathbf{WD}_p . Si \mathbf{C}' désigne la transposée de \mathbf{C} , \mathbf{U} et \mathbf{C} sont liés entre eux par les égalités :

- $\mathbf{C}' = \mathbf{X}'\mathbf{M}\mathbf{U}$ et $\mathbf{U} = \mathbf{X}\mathbf{D}_p\mathbf{C}'\mathbf{D}_{1/\lambda}$

où $\mathbf{D}_{1/\lambda}$ est la matrice diagonale dont les k éléments diagonaux sont les inverses des k plus grandes valeurs propres de \mathbf{VM} et de \mathbf{WD}_p .

3.3.2.3. Du modèle factoriel aux enquêtes

Le problème à résoudre maintenant est de produire la matrice \mathbf{X} qui correspond à la prise de position de n individus face à p conflits, les n individus devant être représentatifs de l'univers des individus qui nous intéresse et les p conflits représentatifs de l'univers des conflits qui affecte l'univers des individus.

J.-P. PAGES, dans le cadre des enquêtes d'Agoramétrie [7], a mis au point ce qu'il appelle l'enquête de référence qu'il présente par ailleurs [103, 104] et dans laquelle sont codifiées les procédures qui permettent de choisir les n individus et les p conflits qui sont assimilées à des tirages au sort.

Les n individus sont sélectionnés dans la population des Français âgés de 18 ans et plus par la méthode des quotas utilisée par la plupart des instituts de sondage. La définition de l'univers des conflits passe par une analyse systématique des grands titres de la presse à une période donnée. Les cinq à six cents conflits répertoriés sont classés selon une nomenclature qui a été définie et fixée définitivement pour toutes les enquêtes. Un groupe d'experts bien au fait des thèmes de conflits et des techniques d'enquête, débattent pour retenir une soixantaine de conflits. Les questions sont alors rédigées sous forme de propositions reprenant chacune un thème de conflit par rapport à laquelle le sujet interrogé doit se positionner grâce à une échelle d'accord en cinq points plus une modalité non réponse. Chaque proposition reprend les termes et expressions employés dans la presse et ne doit comporter qu'un seul terme fort. Des exemples sont donnés ci-dessous :

- *La libération de l'avortement est une bonne chose*
- *La force de frappe est indispensable*
- *Il y a trop de travailleurs immigrés*

- *Ils nous prennent pour des abrutis à la télévision*
- *On doit tout faire pour la croissance économique*
- *La pollution est terriblement préoccupante*
- *On ne se sent plus en sécurité*

3.3.2.4. Interprétation des premières dimensions factorielles

Si le questionnaire et ensuite l'enquête ont respecté les règles précisées ci-dessus, les dimensions factorielles décrivent par construction ce que sont les représentations sociales à un moment donné. J.-P. PAGES [104] juxtapose le cercle des corrélations qu'il considère comme une "carte du **Ciel** dont les conflits sont les étoiles" et le premier plan factoriel qui est "la carte de la **Terre** où se trouvent positionnés les groupes sociaux (les individus)". "Les axes des connotations qui permettent de se repérer dans le ciel (composantes principales) et les axes de différenciation qui balisent la terre (axes principaux) étant en correspondance par dualité, il faut contempler les deux cartes pour interpréter les dimensions extraites".

Les cartes du Ciel et de la Terre extraites de l'enquête Agoramétrie 1989 sont présentées dans la figure (3.3.2.4) 1.

J.-P. PAGES remarque alors la similitude qui existe entre les quadrants correspondant des deux figures. Cette similitude quadrant à quadrant revient à relier les groupes sociaux (la Terre) aux opinions sur les conflits qui les caractérisent (le Ciel). J.-P. PAGES [104] dans son interprétation retrouve ainsi dans les quatre quadrants les attitudes élémentaires qui semblent caractériser les deux axes factoriels (figure (3.3.2.4) 2) et construit à partir de là une interprétation structuraliste (figure (3.3.2.4) 3).

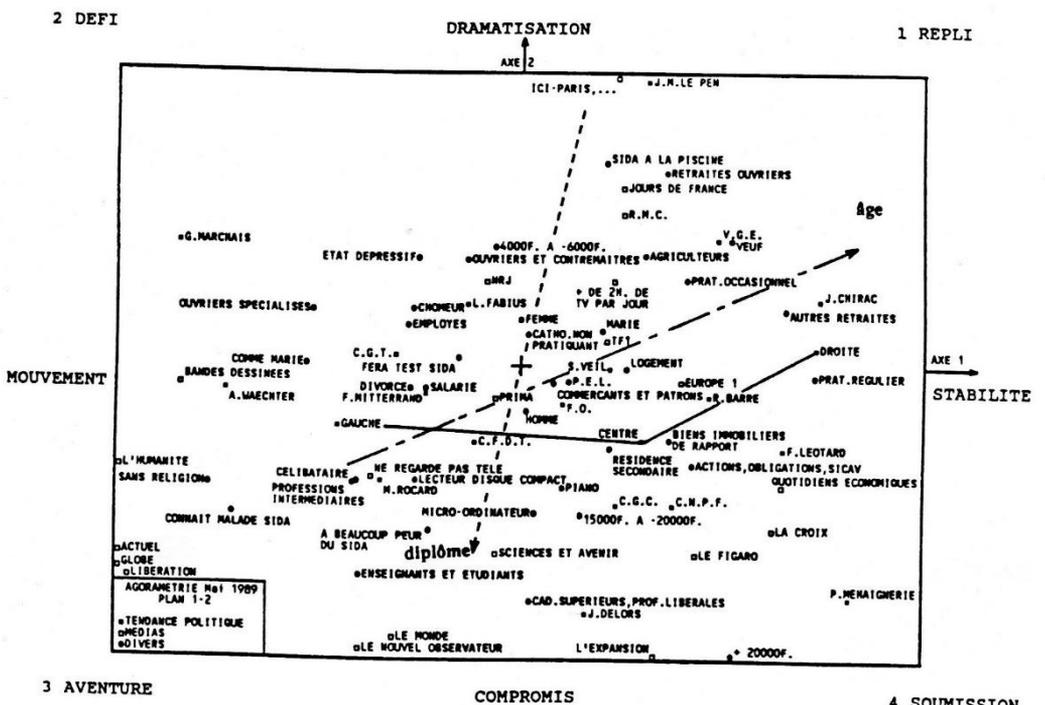
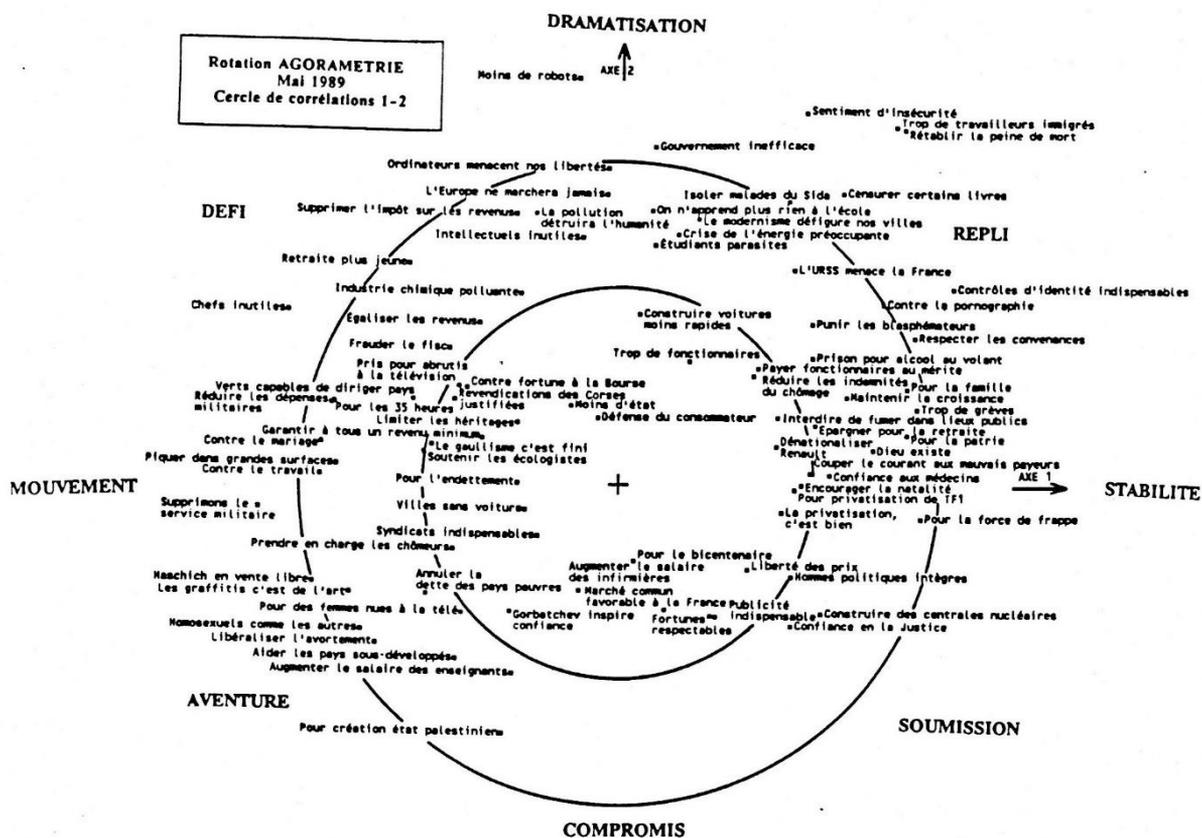


Figure (3.3.2.4) 1

Le ciel et la terre, Agoramétrie 1989

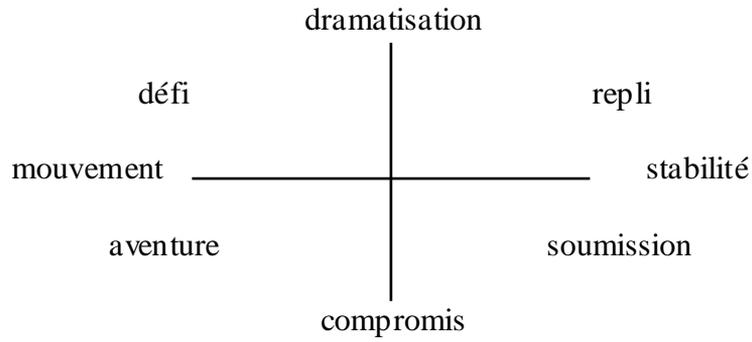


Figure (3.3.2.4) 2
Les attitudes élémentaires

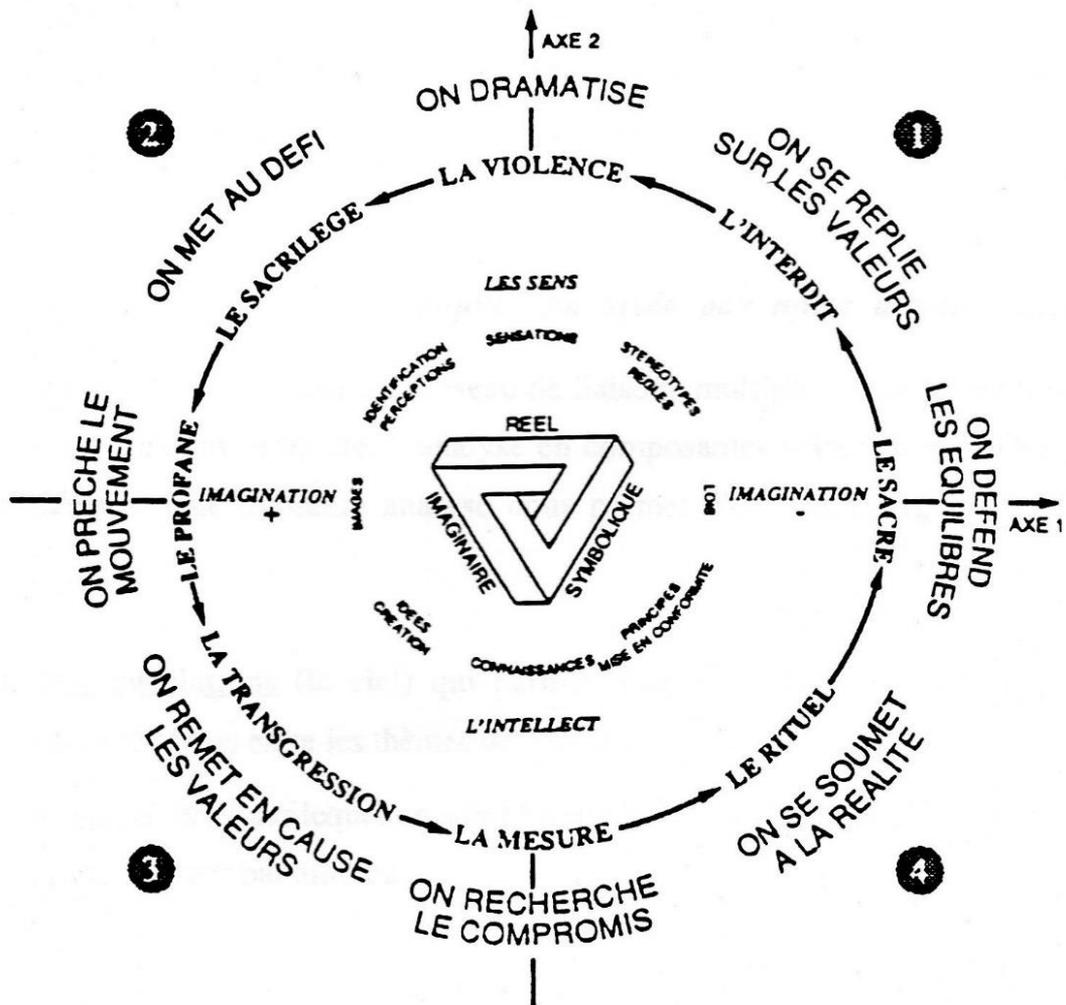


Figure (3.3.2.4) 3
Interprétation structuraliste de l'ACP

J.-P. PAGES [103] cite des travaux réalisés avec J. BRENOT¹ et qui montrent que les structures produites sont très peu sensibles aux libellés des questions.

J.-P. PAGES [103] montre ainsi qu'il est aussi possible de retrouver ces structures d'une enquête à l'autre. Il suffit de se constituer une passerelle, c'est-à-dire un ensemble de variables suffisamment important commun aux deux enquêtes et dont les matrices de corrélation pour chacune des enquêtes ne diffèrent pas significativement. On constate alors que le calage des structures d'une enquête à l'autre se fait par une simple rotation orthogonale de plus ou moins faible amplitude. Cette procédure qui permet donc de "greffer" une enquête sur une autre a deux usages possibles : soit greffer les unes aux autres des enquêtes successives dans le temps afin de réaliser un suivi des représentations, soit greffer une enquête particulière sur l'enquête de référence nationale.

Ce qu'il faut remarquer enfin, comme le signalent C. CARDE et S. BASTIDE [28], c'est que la construction du questionnaire n'est pas orientée par la recherche d'opinions ou d'attitudes fixées a priori comme c'est le cas dans les questionnaires de type thurstonien. Ici les opinions et les attitudes sont mises à jour par l'analyse en composantes principales.

3.3.2.5. Application à l'étude de la population visée par notre action éducative

Nous avons vu au § 1.3.3 qu'il y avait un réseau de liaisons multiples entre les variables du questionnaire de la deuxième enquête. L'analyse en composantes principales permet ici de visualiser ces liaisons. Une première analyse nous permet d'obtenir la figure (3.3.2.5) 1 comprenant :

- Le cercle des corrélations (le ciel) qui permet d'appréhender d'un seul coup d'œil l'essentiel des corrélations entre les thèmes de conflit.
- Le plan principal (la terre) sur lequel on a fait figurer "*en points supplémentaires*" certaines des informations connues par ailleurs.

¹ BRENOT J., PARMENTIER M., PAGES J.P. Sur l'univers des variables et la stabilité en analyse factorielle. In : Data Analysis and Informatics, III, Elsevier North Holland, 1984, pp. 57-69.

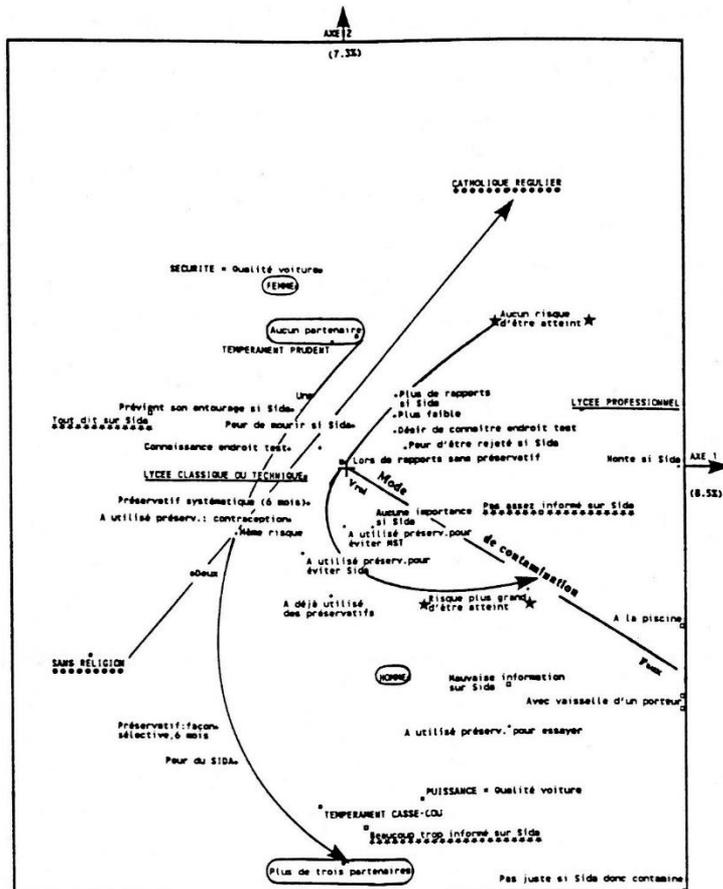
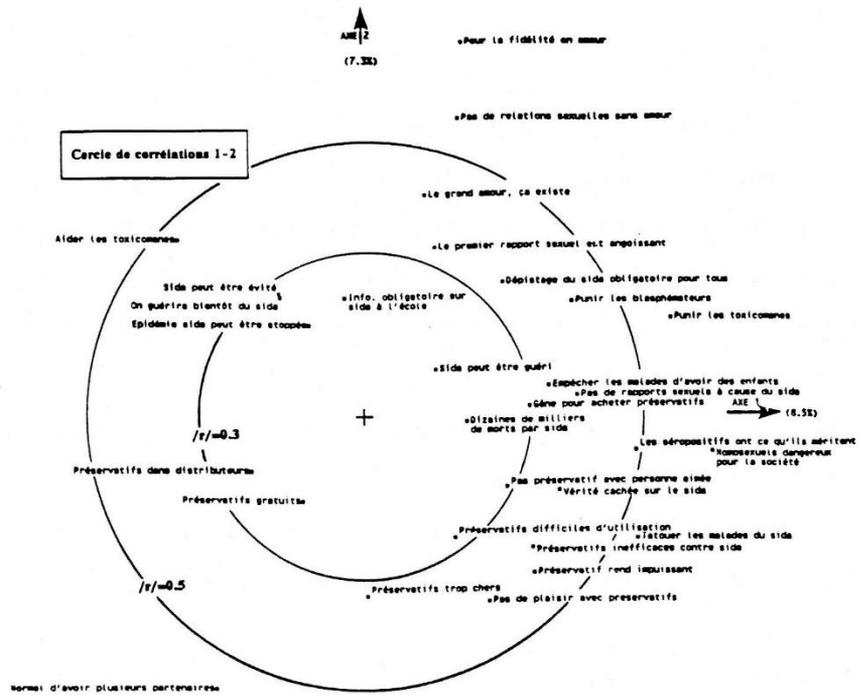


Figure (3.3.2.5) 1
ACP, enquête Hérault 1989

L'examen simultané de ces deux graphiques permet de juger de la cohérence de la distribution des variables dans le plan, de repérer certaines différences, de classer les manières de penser en types bien distincts... et, éventuellement, d'interpréter les structures (axes principaux) extraites.

Il ne faut pas s'étonner si du côté des catholiques qui pratiquent régulièrement, on est plus pour la fidélité en amour et moins pour le multipartenariat ; il ne faut pas s'étonner non plus de retrouver les "casse-cou", en priorité parmi ceux ayant plus de trois partenaires... Les filles s'affirment plus romantiques, plus prudentes et plus matures que les garçons : elles adoptent une attitude moins réservée vis-à-vis du préservatif ; en cas de séropositivité, elles prendraient plus de précautions pour éviter de transmettre le virus. Mais comme nous l'avons vu plus haut, cette attitude responsable quant au préservatif ne se traduit pas par un comportement allant dans le même sens.

On retrouve les différences observées plus haut entre lycées classiques ou techniques et lycées professionnels. Dans ces derniers, les élèves semblent moins informés, plus répressifs, plus réceptifs aux fausses croyances et aux propositions d'exclusion à l'encontre des porteurs du virus, mais aussi à l'encontre des toxicomanes et des homosexuels. Nous retrouvons la notion d'impulsivité liée au niveau culturel déjà évoquée lors des tris croisés.

En simplifiant à l'extrême, on pourrait classer les opinions émises en quatre types : puritanisme, altruisme, libéralisme, égocentrisme, par exemple, comme le montre la figure (3.3.2.5) 2.

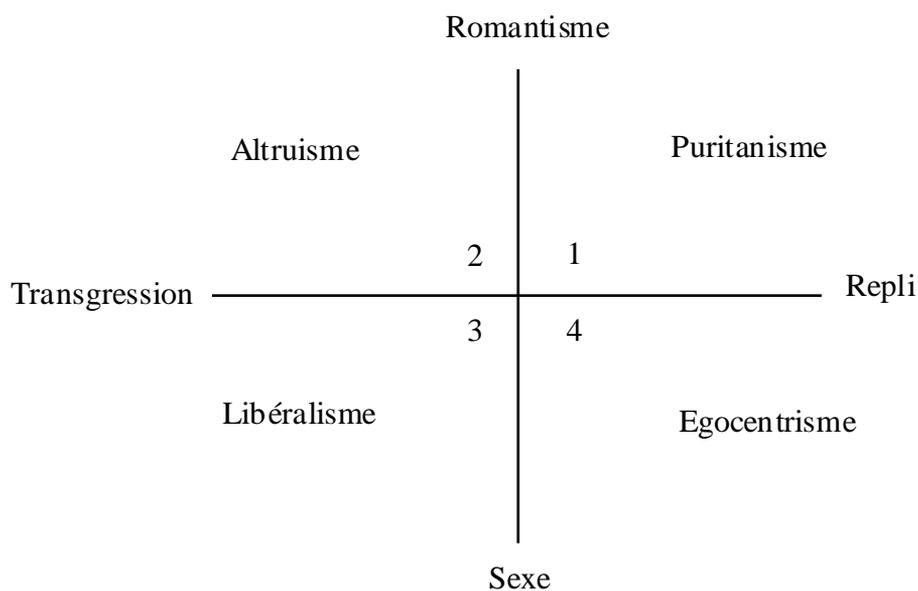


Figure (3.3.2.5) 2

Interprétation des axes factoriels de l'enquête Hérault 1989

Ces quatre types, correspondant aux quatre quadrants délimités par les dimensions principales, apparaissent comme des combinaisons des attitudes élémentaires qui semblent caractériser ces dimensions : la première dimension opposerait le repli (sur les valeurs) à la transgression, la seconde le romantisme (voire le platonisme) au sexe : expressions sentimentale et physique de l'amour.

Pour élargir le champ de réflexion et enrichir l'interprétation des faits réunis, on a eu recours au système d'enquêtes de référence d'AGORAMETRIE. La méthode de la greffe permet de replacer les réponses des adolescents de l'Hérault aux 55 propositions "referendum" dans le repère d'axes des indicateurs de référence (les "structures de l'opinion publique") produits lors de l'enquête nationale annuelle effectuée sur les grands conflits de société. Ces indicateurs sont la traduction quantifiée d'une théorie de l'opinion où l'on a cherché à faire se correspondre les acteurs parties prenantes dans les conflits avec le public : acteurs et public à travers les médias et les sondages s'ajustent comme sur un marché où l'on échangerait non pas des produits et des services mais des prises de position et des argumentaires.

Dans les deux graphiques ainsi obtenus et présenté en figure (3.3.2.5) 3, le débat autour du sida dans les lycées se retrouve inscrit dans le champ plus large des conflits de société. Ces deux graphiques ont été obtenus en plaçant "*en points supplémentaires*" les informations dont on disposait sur les adolescents (débat autour du sida) par rapport aux indicateurs de référence ... Pour les interpréter, il faut donc les comparer aux deux graphiques : le Ciel et la Terre de la figure (3.3.2.4) 1 obtenus lors de l'enquête nationale réalisée par AGORAMETRIE en Mai 1989. On peut ainsi rechercher la signification que revêt pour le lycéen l'un des 55 thèmes abordés : l'opinion sur l'amour, le sida, l'homosexualité ou le préservatif, n'est-elle pas le reflet d'idées plus générales que l'on a sur l'ordre social ? Ces idées sont-elles les mêmes dans les lycées classiques ou techniques et les lycées professionnels ?

Les résultats obtenus montrent que le débat lycéen n'est pas fondamentalement différent du débat national. Entre lycée classique ou technique et lycée professionnel, on retrouve des différences d'opinion qui vont dans le même sens que celles que l'on note entre "*diplômes*

supérieurs" et "*sans diplôme*" dans la population nationale. Plus que le type de lycée, ce sont l'origine sociale, la culture générale et la pratique religieuse qui expliquent le mieux la variabilité des opinions des adolescents interrogés. Mais ces facteurs n'expliquent pas tout car, au-delà d'une angoisse légitime, le sida donne manifestement l'occasion aux adolescents d'exprimer leur égo : la logique des valeurs (exprimer de façon symbolique quelque chose sur soi) vient ici interagir avec celle des faits (exprimer la menace qui effectivement pèse sur soi).

Pour bien comprendre les adolescents, le débat qui les oppose à propos du sida doit être en réalité analysé en deux temps : que disent-ils par rapport aux adultes (c'est-à-dire en quoi forment-ils un groupe à part ?) Que disent-ils en tant qu'adolescent parmi d'autres adolescents ? Dans leur ensemble, bien sûr, les adolescents se montrent moins soucieux du respect des traditions et des valeurs que le reste des Français : plus modernes, ils sont du côté du Mouvement et de l'Aventure. Le centre de gravité de la population adolescente se trouvait initialement dans le troisième quadrant. Il a été recentré dans les deux dernières figures du rapport. Mais dans le débat qui oppose les adolescents entre eux, même si les différences sont moins tranchées, on retrouve ces clivages que l'on note chez les adultes. Bref, même si un décalage existe (différences entre les opinions moyennes) on peut constater que le débat entre adolescents est en gros structuré comme celui entre adultes.

Nous voyons donc que si on peut parler chez les adolescents d'idéologies sida et les classer en quatre types (puritain, altruiste, libéré et égocentrique) qui ne se répartissent pas de la même façon dans les lycées classiques ou techniques et les lycées professionnels, ces manières de penser et d'être n'ont rien de caractéristique. Quand la menace est encore lointaine, le sida et les problèmes qu'il crée donnent simplement l'occasion aux adolescents et aux adultes d'affirmer leur identité en exprimant leur point de vue sur l'ordre social.

Nous venons de constater que la population adolescente des lycées présente les mêmes structures d'opinion que la population générale. Certes le centre de gravité de cette première population se trouve dans le troisième quadrant du repère déterminé par les deux premiers axes principaux calculés à partir de la population générale. Il y a donc bien un effet "jeune" tourné vers le mouvement et l'aventure. Mais cet effet est un effet simple sans interaction, car les axes principaux de ces deux populations sont parallèles deux à deux. Les tendances observées dans

la population générale se retrouvent dans les mêmes proportions dans la population adolescente.

Ceci nous amène à penser que de la même façon que dans la population générale, il y a nécessairement plusieurs leaders d'opinion proposant des discours qui permettent de répondre aux différentes attentes correspondant aux différentes tendances, de même faudrait-il, peut-être, en matière de prévention chez les adolescents permettre à différents acteurs de proposer des discours. Ces acteurs doivent-ils être les acteurs du débat social général ? Sûrement. Par exemple un prêtre peut parfaitement parler du sida dans un discours qui sera entendu de ses ouailles mieux que tout autre message. Si la finalité de la prévention du sida est de façon univoque la diminution (voire l'élimination) de la transmission du virus, le choix des modalités pour y parvenir n'appartient pas tant à une institution quelle qu'elle soit, qu'aux populations qui les mettront en œuvre via leurs leaders. C'est précisément ce que notre projet éducatif se proposait de faire et à quoi il semble être parvenu.

3.3.3. L'approche globale et l'évaluation des effets

On pourrait être tenté de penser qu'en effectuant une enquête avant et une enquête après l'action et en réalisant à chaque fois une analyse en composantes principales sur des "questions référendum" ou une analyse des correspondances sur des données textuelles, on parviendrait à mettre en évidence un effet de l'action sous forme d'une modification de la position des points d'une projection à l'autre.

Tout d'abord ceci nécessite de pouvoir utiliser pour la deuxième enquête les formules de projection obtenues à partir de la première afin de conserver les mêmes axes. Or ceci n'est pas possible, au moins pour l'instant, avec le logiciel SPADT.

Mais un autre élément risque fort de rendre une telle démarche infructueuse. En effet, ce que nous risquons d'observer dans l'ACP sur les structures de l'opinion, c'est une stabilité des différents types de profil et par contre une variation des effectifs des sujets correspondant à ces profils. Les groupes de points définissant les profils ne varieront donc pas ou peu. Ils seront simplement centre de gravité d'un nombre plus ou moins important de sujets, ce qui n'apparaîtra pas dans la projection.

Ce qu'il conviendrait alors de faire, c'est de construire des échelles, au terme de la première enquête et en s'appuyant sur les résultats de l'ACP. De telles échelles construites de façon "extemporanée" seraient obligatoirement validées puisque les items seraient par choix fortement corrélés. Nous disposerions alors d'un critère de jugement qui pourrait être assimilé à une

variable quantitative pour peu que le nombre d'items soit suffisant. L'intérêt de telles échelles, comparativement à celles de L.L. THURSTONE, R.A. LIKERT, L. GUTTMAN et C.E. OSGOOD citées au § 3.2.5.5.1, est de ne pas se fixer a priori sur un type donné d'attitude. Elles sont automatiquement adaptées à ce qui doit être évalué dans la situation de l'étude. Il est intéressant de remarquer d'ailleurs que M. DE BONIS [41] retrouve avec l'analyse statistique des propos tenus par 158 psychiatres sur 999 malades psychiatriques, une classification des malades très proche de celle obtenue au moyen des diagnostics antérieurement établis et se fondant sur le DSM III¹ américain.

On peut bien sûr avancer que les psychiatres en question imprégnés par le DSM III, inconsciemment l'ont reproduit. Mais peu importe, puisque précisément l'objectif dans ce cas de l'analyse textuelle, c'est d'étudier ce que produisent les sujets et de structurer l'information obtenue.

Remarquons enfin que la détermination de l'échelle par les données de la première enquête ne subit pas le phénomène de la tendance vers la moyenne et donc n'impose pas une préenquête. En effet, ces échelles correspondent à des profils qui, comme l'a montré J.-P. PAGES, sont stables.

3.4. L'évaluation endoformative

Le concept d'évaluation endoformative a été largement développé par E. MONNIER [96] dans le domaine des actions des pouvoirs publics. Comme nous le verrons, il s'inspire très largement d'auteurs américains comme M. SCRIVEN², qui assez tôt ont réagi contre l'omnipotence et l'omniprésence du courant de pensée alors dominant attaché de façon exclusive au modèle expérimental.

Mais tout d'abord il importe de faire deux remarques préliminaires : l'évaluation endoformative ne doit pas être confondu avec ce que bon nombre d'auteurs ont appelé l'évaluation formative, ensuite **l'évaluation endoformative ne peut pas remplacer l'évaluation des effets envisagée plus haut car elle n'a pas les mêmes finalités, elle ne répond pas à la même problématique**. Si parfois elle se substitue à l'évaluation selon le modèle classique expérimental, ce n'est pas tant comme

¹ Le DSM III est la grille américaine de classification des maladies psychiatriques.

² SCRIVEN M. The methodology of evaluation. In : Tyler R., Cagne R., Scriven M. eds. Perspective of Curriculum Evaluation. Chicago, Rand McNally, 1967.

ersatz que parce que la nature de la demande en évaluation a changé.

E. MONNIER [96] souligne que le modèle expérimental s'est vraiment imposé aux Etats Unis à partir du mandat du Président J.F. KENNEDY pour devenir le modèle dominant du milieu des années 60 au milieu des années 70. Les psychologues sociaux ont alors rêvé un temps d'un monde où la politique deviendrait rationnelle, gérant une société non dogmatique, une *société expérimentatrice* (experimenting society) pour reprendre l'expression de D.T. CAMPBELL en 1970, rapportée par lui-même dans son introduction à l'ouvrage de L. SAXE et M. FINE [118]. Aujourd'hui il semblerait que nous soyons passés d'une modélisation de la politique et de la société par les psychologues sociaux à une analyse psychosociale des faits de sociétés par (ou pour) les politiques et les décideurs institutionnels. Les demandeurs d'évaluation ne sont plus les mêmes. Mais les rapports sociaux et politiques ne sont plus les mêmes non plus. Dans nos sociétés occidentales, les technocraties ont dû s'adapter à la nécessité des décentralisations et à la confrontation aux conflits sociaux opposant la négociation à la modélisation planificatrice. La prise de pouvoir des acteurs sociaux a mis au premier plan des caractéristiques de l'évaluation, le principe de crédibilité au détriment du principe de validité interne. Aussi E. MONNIER [96] affirme qu'"une évaluation est crédible, donc **utile** socialement si elle est légitime aux yeux des acteurs sociaux qui auront par la suite à mettre en œuvre les améliorations suggérées par l'évaluation". Or la **légitimité** des conclusions de l'évaluation dépend du degré d'appropriation de celles-ci par les acteurs sociaux et passe donc par leur association étroite à la mise en œuvre de l'évaluation et à l'interprétation des données. La perte de rigueur ou de qualité scientifique est le prix à payer pour éviter le rejet de l'évaluation toute entière par ses destinataires.

C'est ainsi que E. MONNIER est amené à emprunter à M. SCRIVEN¹ la distinction qu'il juge la plus utile à faire entre les situations d'évaluation : **l'évaluation récapitulative** et **l'évaluation endoformative**.

- L'évaluation récapitulative (summative evaluation) est celle qui permet à des personnes étrangères au programme (commanditaires, pouvoirs publics, scientifiques ...) de porter un jugement sur la valeur intrinsèque de l'action indépendamment de l'opinion qu'en ont les protagonistes. C'est d'une certaine manière ce que nous avons appelé l'évaluation des

¹ SCRIVEN M. *ibid.*

effets dans l'approche classique, en général la seule envisagée.

- L'évaluation endoformative a pour but d'informer les protagonistes du programme afin qu'ils puissent modifier leurs conduites, améliorer l'action et transformer son objet même.

L'évaluation récapitulative ou sommative ne manque pas d'intérêt et doit être toujours envisagée ne serait-ce que pour pouvoir rendre compte de l'efficacité intrinsèque de l'action et de l'opportunité de décider de sa généralisation, pour pouvoir aussi expliquer les mécanismes de l'action et développer une recherche sur les modèles d'action.

Par contre l'évaluation endoformative d'une part prend en compte le contexte social dans lequel se déroule l'action avec tout ce qu'il peut comporter de conflits, d'enjeux et d'autre part s'accommode mieux de l'aspect rapidement évolutif des projets innovants en provoquant un processus interactif et itératif. Interactif en ce sens que l'association étroite des acteurs à l'interprétation des données favorise l'apparition de nouveaux enjeux, conduisant les partenaires à reconsidérer leur démarche à l'égard du problème social ayant motivé le programme. Itératif parce que cette évolution de leur perception du problème amène les acteurs à redéfinir les objectifs et les dispositifs d'évaluation. L'évaluateur dans ce cas est parmi les acteurs sociaux, les protagonistes de l'action et apparaît plus comme un "psychanalyste" du groupe social, un "accoucheur" des idées, que comme un expert volontairement étranger au projet.

Le tableau (3.4) 1, emprunté à E. MONNIER permet de préciser la distinction entre les évaluations endoformative et récapitulative.

Nous pouvons constater que l'évaluation endoformative ainsi définie constitue le prolongement de l'approche sociale participative en éducation pour la santé, en ce sens qu'elle se fonde sur la participation de la communauté ou de ses représentants au processus d'évaluation.

La distinction entre sommatif et formatif ne correspond plus du tout à celle faite par exemple par D. FONTAINE [53] et les auteurs dont il s'inspire. L'évaluation endoformative peut évaluer des effets et l'évaluation sommative évaluer un processus. La différence ne tient plus à ce que fait l'évaluation, mais pour qui, avec qui et comment elle se fait.

Bien que, comme nous l'avons signalé plus haut, l'évaluation endoformative ne puisse remplacer l'évaluation sommative (évaluation expérimentale des processus et des effets), il

arrive que des contraintes de moyens (financiers, humains, matériels), de temps, de situation nous oblige à choisir. Le choix se fera sur la base de la plus grande utilité (scientifique ou sociale). Aussi E. MONNIER nous rappelle que "en se demandant, avant de mettre en place un programme innovant éventuellement très coûteux, ce que doit être l'évaluation, on peut très certainement faire l'économie de dépenses et de désagréments inutiles".

Tableau (3.4) 1
Caractéristiques d'une évaluation selon ses finalités

Type d'évaluation	Programmes visant	
	à la mise au point d'un prototype de programme innovant	à un transfert de programme innovant
Endoformative	<p>Objectifs : concevoir et améliorer l'innovation</p> <p>Destinataires : les protagonistes de l'innovation, les représentants des bénéficiaires.</p>	<p>Objectifs : adapter une innovation à un contexte déterminé, améliorer son acceptabilité.</p> <p>Destinataire : l'équipe locale chargée de l'adaptation sur le terrain.</p>
Récapitulative	<p>Objectifs : validation ou garantie de l'innovation</p> <p>Destinataires : responsables nationaux, chercheurs, experts, professionnels, utilisateurs potentiels.</p>	<p>Objectifs : certification ou délimitation du champ d'application de l'innovation</p> <p>Destinataires : responsables et décideurs locaux intéressés par l'innovation, responsables nationaux</p>

CONCLUSION

Le sida est une pathologie particulière qui, même si elle ne représente pas la première cause de mortalité en France, n'a pas manqué de susciter, comme partout en Europe, un vif intérêt, pour ne pas dire des passions et même des conflits.

En fait, les représentations de la maladie dépassent largement son aspect clinique et sont influencées, (entre autres) par deux éléments qui sont d'une part l'absence de traitement curatif et préventif (ce à quoi ne sont plus habituées les populations de nos pays), remettant en cause la toute puissance d'une des divinités de nos temps modernes : la science et d'autre part la particularité des modes de transmission qui renvoient à des interdits ou à des valeurs et symboles fondamentaux de notre culture, comme l'amour, le sexe, le sang. Aussi avec le sida, resurgissent de vieilles querelles opposant les tenants des libertés et de l'émancipation à tout prix (émancipation de la femme, émancipation sexuelle, le droit de disposer librement de son corps, le droit de s'épanouir ...) et les tenants de la morale, des valeurs traditionnelles, de la famille.

Cela donne à cette pathologie une dimension éthique, psychologique et sociale inhabituelle qui explique peut-être que les médias se soient emparés du phénomène pour s'en faire l'écho, voire l'amplificateur. Il serait d'ailleurs intéressant de s'interroger sur les vraies motivations des médias dans cette affaire.

Il en est résulté une agression des esprits à laquelle nous pouvons peut-être attribuer l'attitude des adolescents qui "savaient" la nature du danger, mais ne se sentaient "pas concernés" par ce dernier, développant ainsi un système de défenses.

C'était, s'il fallait encore s'en convaincre, la démonstration que la prévention et plus particulièrement l'éducation pour la santé ne peut se réduire à l'information des sujets.

Nous avons donc conçu un projet qui amène les adolescents à **s'interroger**, à **débattre** afin de **redécouvrir** l'information, afin de **l'intégrer**. Nous avons opté pour une **démarche participative** qui impliquait à la fois les adolescents mais aussi les adultes de leur environnement scolaire. Ce type d'action s'éloigne sensiblement des méthodes habituelles en éducation pour la santé et la situation ainsi provoquée est moins contrôlable du fait de la part importante d'initiative accordée aux sujets cibles. Cependant nous avons pu constater que le choix était judicieux. En effet l'évaluation a mis en évidence l'efficacité de l'action. Efficacité d'autant plus remarquable qu'on a pu observer en un an une évolution générale très importante qui aurait pu faire craindre qu'elle masque un effet moindre de l'action. Cette efficacité se caractérise par le fait qu'elle ne prend pas la même forme dans les lycées classiques et les lycées

professionnels. Il faut voir là la conséquence directe d'une approche participative où le sujet réinvente une solution au problème de santé qui tient compte de sa personnalité propre et qui parfois peut être différente de celle proposée par les experts.

L'expérience de cette conception un peu inhabituelle de l'éducation pour la santé et les résultats inattendus qu'elle a produit nous a conduit à nous interroger sur les mécanismes psychologiques et sociaux sous-jacents et à faire un travail plus général et plus fondamental sur les différents modèles éducatifs et sur les méthodes d'évaluations adaptées. Notre réflexion sur les modèles éducatifs nous a amenés à la conviction que l'éducation pour la santé est avant tout de l'éducation et que l'éducation venant de *educare* (conduire au dehors, hors du gynécée, hors du giron parental) peut se définir comme l'apprentissage de l'autonomie de jugement et d'action qui permettra au sujet de trouver sa place et assumer pleinement son rôle dans la société. Cette deuxième gestation, celle de l'être social, ne peut être le fait de quelques actions ponctuelles. Comme toute gestation, elle s'inscrit dans le temps, dans la durée. Nous sommes ainsi très loin des conceptions éducationnelles qui consistent à faire passer tous les sujets dans un moule préétabli à grand renfort de propagande. Nous sommes très loin aussi de la conception issue d'un libéralisme marchand et manipulateur qui a développé l'art d'amener les personnes à décider "librement" de faire ce qu'on souhaite leur voir faire. Cependant, il faut reconnaître que si les conceptions sont nettement différentes, dans la pratique les frontières sont parfois plus floues et nous imposent une grande vigilance et beaucoup d'esprit critique, vis-à-vis de ce qui se fait, mais aussi vis-à-vis de nos propres pratiques.

D'aucuns, attachés à des aspects plus dirigistes de l'éducation, pourraient percevoir dans notre définition une certaine forme de laxisme ou de démagogie. Il n'en est rien. L'apprentissage de l'autonomie, qui n'est surtout pas l'apprentissage de l'individualisme, est indissociable de l'apprentissage du sens des responsabilités lui-même, indispensable pour assumer son rôle et sa fonction sociale dans la cité. Ceci est encore plus vrai en éducation pour la santé et en prévention lorsqu'on est face à des sujets qui reconnaissent l'existence du risque mais ne se considèrent pas comme participant au risque. C'est ce qui conduit beaucoup de jeunes, comme nous l'avons vu dans notre première enquête, à estimer qu'ils sont eux-mêmes suffisamment informés, mais qu'il faut surtout informer les autres, car "*le risque c'est les autres*".

Notons que cette notion d'apprentissage de l'autonomie de jugement et d'action montre que si l'information est indispensable pour acquérir la connaissance permettant un jugement éclairé, elle est largement insuffisante à elle seule pour répondre aux besoins de l'éducation.

Nous admettons enfin que notre définition de l'éducation est idéale et doit être prise plus comme un point de mire que comme un objectif. Dans l'océan de nos incertitudes, elle doit être le nord

vers lequel nous orientent nos méthodes et nos modèles. Combien de marins ont atteint le nord ? L'essentiel est de ne pas se perdre, de ne pas prendre une route pour une autre.

Cependant, toute idéale qu'elle soit, cette définition reconstruit la philosophie qui sous tend l'action éducative et nous impose une révision de nos conceptions classiques de l'évaluation.

Nous avons présenté l'évaluation comme un système d'information comprenant un outil de production de données et un outil d'analyse de ces données, la finalité de ce système étant de savoir, comprendre, juger, décider.

Si l'éducation pour la santé se résumait à l'information et si nous admettions aujourd'hui encore la proposition de R. DESCARTES, selon laquelle le savoir (scientifique) est unique et complet, alors la mise en œuvre de l'action serait simple et nous pourrions nous contenter d'un système d'information jugeant l'action.

Mais nous savons qu'il n'en est rien et que l'apprentissage doit s'adapter aux sujets auxquels il s'adresse. Il importe donc d'être informés sur ces sujets, sur les relations qu'ils entretiennent entre eux, avec les autres groupes de sujets, avec le problème de santé à résoudre, avec les objets des grands débats qui agitent notre société et auxquels ils prennent part. Il convient donc d'étudier les besoins de santé et les moyens disponibles, mais aussi, les attitudes, les comportements des sujets, leurs représentations sociales et les réseaux sociaux qui les relie. Nous désignons cette étude par l'**évaluation de situation**. Les résultats de celle-ci vont présider aux choix qui vont sous-tendre l'élaboration de l'action et déterminer en grande partie ses chances de succès. Etant donné la complexité de l'information à traiter dans ce cas, les outils d'analyse sont en général des analyses multifactorielles (analyse en composantes principales, analyse des correspondances, classification automatique) appliquées à des questionnaires spécialement conçus à cet effet ou à des corpus de discours (débat ou entretiens semi directifs). Nous avons aussi proposé dans ce cadre une "balance des déterminants de motivation" qui permet de répertorier, classer, structurer les différents facteurs susceptibles d'inciter à un comportement risqué ou à un comportement sûr.

Certains experts nous contestent la dénomination d'évaluation pour l'évaluation de situation, préférant réserver cette appellation aux seules évaluations de l'effet des actions comme le veut l'usage courant. Ils mettent alors l'évaluation de situation dans ce qui est classiquement appelé la planification.

Nous maintenons notre position car la planification des actions sanitaires comme la présente R. PINEAULT correspond à une phase de décision et non d'investigation, aussi ne s'est-elle jamais vraiment intéressée à ce qui faisait agir les personnes, contrairement au modèle PRECEDE de L.W. GREEN qui est avant tout un modèle évaluatif (un diagnostic est une

évaluation de situation).

Par ailleurs, ce qui distingue l'évaluation de situation de l'évaluation des effets, tient plus aux objets évalués qu'aux méthodes et aux outils utilisés. Il nous paraît donc tout à fait logique et licite de regrouper ces différentes activités sous le même vocable d'évaluation désignant un système d'information comme nous l'avons déjà décrit.

Enfin cette prise de position de notre part a pour but aussi de donner à l'étude de la situation, la place et l'importance qu'elle mérite et qu'elle n'a pas. En effet, l'évaluation a jusqu'à présent été plutôt le fait de chercheurs théoriciens, plus intéressés par l'élaboration de modèles généralisant des résultats d'expériences souvent artificielles que confrontés à la conception d'action dans un cadre réel. Ceci explique peut-être en partie certains échecs de l'éducation pour la santé.

Ceci soulève la question de la finalité et de l'utilité de l'évaluation. Dans ce domaine, E. MONIER va encore plus loin en proposant une évaluation endoformative. L'évaluation endoformative est aussi un système d'information mais dans ce cas, l'information n'est plus prétendue strictement objective, d'origine externe (observateur extérieur) et à usage externe (chercheurs, décideurs politiques centraux), elle est à usage interne (**endo**formative). Elle invite les acteurs des projets, dont les décideurs locaux, à participer à l'évaluation de la situation ou des effets d'une action. Parvenant eux-mêmes à certaines conclusions par une réflexion personnelle, les acteurs sont naturellement amenés à modifier leur jugement, leur point de vue, à reconsidérer le projet pour l'adapter à certaines réalités locales, certaines contraintes. Le rôle de l'évaluateur n'est alors plus un rôle de technicien externe, mais celui d'un analyste ou d'un accoucheur devant permettre aux acteurs de réaliser leur propre analyse du problème.

En fait, l'évaluation endoformative est l'application à l'évaluation du principe de participation que nous avons développé dans l'étude des modèles éducatifs. Il est évident qu'un acteur mettra plus volontiers en pratique les résultats d'une analyse à laquelle il aura participé, lui ou au moins l'un de ses pairs. A ce niveau, l'évaluation devient partie intégrante de l'action.

D'une manière générale quand un chercheur publie des résultats, pour des raisons légitimes d'avancement et de carrière, il s'adresse à ses pairs qui le jugent. De plus il s'exprime dans les termes qui lui sont habituels et selon l'esprit qui régit sa recherche, avec ses méthodes, ses finalités propres. Rarement il s'adresse à l'utilisateur potentiel, dans les termes et dans le cadre de la problématique de ce dernier. Chacun reste dans sa tour d'ivoire. Aussi nous nous étonnons de l'étonnement de certains, lorsque dans ces conditions le savoir et les techniques produits par la société scientifique ne sont que très tardivement mis en pratique. Comment pourrait-il en être autrement ? Ce problème de communication concerne tout particulièrement la santé publique qui réunit des compétences très variées et souvent très distantes les uns des autres. Ceci est encore plus vrai à propos de l'éducation pour la santé qui est au contact des réalités de terrains,

réunissant dans son processus des chercheurs, des décideurs politiques ou administratifs, des acteurs de terrain.

Il apparaît important et urgent que nous réfléchissions à la finalité et à l'utilité de l'évaluation en santé publique, comme d'ailleurs dans tous les autres domaines d'activité et de recherche. En effet, avant même de se demander comment la réaliser, il convient de se demander **pour qui et pourquoi faire**.

Au terme de cette expérimentation et à ce stade de notre réflexion, nous pensons pouvoir proposer quelques principes pour la mise en œuvre d'une action.

Tout d'abord, il ne semble pas indispensable de mettre en place un processus lourd et coûteux d'évaluation lors de la reproduction d'un programme déjà éprouvé dans des conditions semblables. Une évaluation de processus qui vérifie le bon déroulement de l'action selon le protocole prévu peut suffire bien souvent dans ces circonstances. Dans le cas par exemple d'une population lycéenne, notre protocole d'action peut être repris pour des problèmes de santé d'un même type, en utilisant un outil d'expression qui peut être la vidéo mais aussi la photo, le dessin, un journal ...

A l'opposé, face à toute situation nouvelle, tant en ce qui concerne le problème de santé en cause, que la population concernée ou son environnement, il sera très utile, voire indispensable, de prévoir une évaluation de situation. On pourra alors utiliser la "balance des déterminants de motivation". On pourra aussi réaliser une analyse multifactorielle sur des données d'entretiens semi-directifs ou sur des réponses à des questions fermées recueillant l'expression d'opinions à propos des grands thèmes de conflit.

Les résultats de cette première évaluation seront un des éléments fondamentaux du système d'aide à la conception de l'action éducative à mettre en œuvre, ou permettront au moins d'adapter une expérience déjà réalisée à une situation nouvelle.

En effet, il n'y a pas de modèle éducatif universel. Chacun a plus ou moins sa spécificité et convient mieux à une situation plutôt qu'à une autre. Cependant, que l'on choisisse une approche individuelle ou une approche sociale, il faudra toujours préférer, lorsque ce sera possible, une action s'appuyant sur l'implication et la participation du ou des sujets visés. Cette méthode peut s'avérer plus efficace et surtout elle est dans le droit fil de la définition que nous avons proposée de l'éducation pour la santé.

Dans le cas des situations nouvelles, une évaluation des effets sera toujours envisagée. Elle sera élaborée selon sa finalité qui pourra être de recherche ou de simple vérification de l'effet. L'enquête d'évaluation de situation pourra parfois se combiner avec "l'enquête avant" de l'évaluation des effets. Le débat reste ouvert de savoir si les enquêtes avant et après doivent se

faire sur des échantillons indépendants ou sur les mêmes sujets, donnant lieu ainsi à des séries appariées. L'analyse de séries appariées a l'avantage sur celle d'échantillons indépendants, de pouvoir mettre en évidence une variation intra sujet avant-après qui peut être importante dans certains cas. Elle conduit aussi à des tests statistiques plus puissants. Mais il n'est pas toujours facile de retrouver les mêmes sujets d'une enquête à l'autre dès que leur nombre est important. De plus il apparaît alors des difficultés quant au respect, réel ou perçu, de l'anonymat. Enfin, comme l'enquête avant n'a jamais un effet neutre, il est parfois difficile dans le cas des séries appariées de faire la part de ce qu'évalue la deuxième enquête, entre l'effet de l'action et celui de la première enquête.

Pour se fixer une stratégie, on pourra choisir deux grands échantillons indépendants lorsque cela sera possible et que le risque d'observer des variations intra-individuelles importantes sera faible ou sans intérêt par rapport aux objectifs d'évaluation fixés. Dans le cas contraire, on s'orientera vers une étude de séries appariées.

Toute évaluation d'effet sera autant que possible comparative (échantillon actif - échantillon témoin) avec un tirage au sort pour la participation à l'enquête et un autre pour l'affectation à chacun des groupes actifs ou témoins. Mais nous savons bien que ce n'est pas toujours réalisable pour des raisons éthiques ou pratiques.

Notons enfin que l'évaluation endoformative peut débloquent bien des situations difficiles, voire conflictuelles, et qu'elle peut apporter un regard nouveau et intéressant lors de l'interprétation des résultats.

Cet exposé laissera sûrement au lecteur un sentiment de frustration et d'insatisfaction. De nombreux points abordés dans ces pages gagneraient à être approfondis. Les approches éducatives à elles seules auraient pu faire l'objet d'une recherche particulière, de même que l'exploitation de la linguistique comme outil d'évaluation en éducation pour la santé. Nous sommes conscients d'avoir posé plus de questions que nous n'avons donné de réponses. Mais dans un domaine aussi ancien et pourtant aussi neuf que l'éducation pour la santé, ce travail de "défrichage" était, nous semble-t-il, nécessaire pour préparer le terrain à nos collègues. Il nous faut admettre que la science est sans fin, ce qui fait sa grandeur. La grandeur du chercheur naît de sa patience et de son humilité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 ABRIC J.-C. L'étude expérimentale des représentations sociales. In JODELET D. (Ed). Les représentations sociales. Paris, Presses Universitaires de France, 1989, pp. 187-203.
- 2 BALDWIN M.A. Education and behavior change in AIDS - General concepts. In : SCHINAZI R.F., NAHMIA A.J. AIDS in children, adolescents and heterosexual adults. An interdisciplinary approach to prevention. New York, Elsevier, pp. 355-356.
- 3 BANDURA A. Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cog Ther Res*, 1984, 8, pp. 231-255.
- 4 BANDURA A. *Social learning theory* Englewood Cliffs : Pentice Hall, 1977.
- 5 BANDURA A. *Social Foundation of Thought and Action* Englewood Cliffs : Pentice Hall, 1977.
- 6 BARANOWSKI T. Methodologic issues in self-report of health behavior. *Journal of School Health*, 1985, 55(5), pp. 179-182.
- 7 BARNY M.-H., ILIAKOPOULOS A., PAGES J.-P. Les structures de l'opinion en 1989. Principaux résultats statistiques suite à l'enquête de mai 1989. Fontenay-aux-Roses, AGORAMETRIE - CEA, 291 p.
- 8 BAUMANN M. Réseau : Les réseaux de soutien. In *La santé communautaire. Concepts/Actions/Formation*. Paris, CIE, 1990, pp. 171-172.
- 9 BEAUDRY J. L'évaluation de programme In : Begin C. *Evaluation : un cadre conceptuel et une application au système de santé et de services sociaux*. Québec, Université Laval, 1986, pp. 391-415.
- 10 BEAUVOIS J.-L., JOULE R.V. La psychologie de la soumission *La Recherche*, 1988,19(202) , pp. 1050-1057.
- 11 BEAUVOIS J.-L., JOULE R.V. Soumission et idéologies. *Psychologie de la rationalisation*. Paris, P.U.F., 1981; 208 p.
- 12 BECKER M. The tyranny of health promotion *Public Health Review*, 1986, 14, pp. 15-25.
- 13 BERKMAN L.F., SYME S.L. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year followup study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 1979, 109, pp. 186-204.
- 14 BERNARD P., TROUVE S. *Sémiologie psychiatrique*. Paris, Masson, 1977, 259 p.
- 15 BETTINGHAUS E.P. Health promotion and the knowledge-attitude-behavior continuum. *Preventive Medicine*, 1986, 15, pp. 475-491.
- 16 BLANCHET A. Interviewer in BLANCHET A, GHIGLIONE R, MASSONNAT J, TROGNON A. *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris, Dunod, 1987; 197 p.
- 17 BLONDEL B., SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., CHWALOW J. Evaluation psychologique et sociale. *Rev. Epidem. et Santé Publ.*, 1991, 39, pp. S31-S42.
- 18 BON N. De l'acquisition des habitudes de prévention dentaire. *Journées Françaises de Pédodontie*, Nancy, 23 avril - 1er mai 1983; pp. 3-7.
- 19 BOURDIEU P. *Questions de sociologie*. Paris, Les Editions de Minuit, 1984, 277 p.
- 20 BRANDT A.M. AIDS in historical perspective : Four lessons from the history of sexually transmitted diseases *Am. J. of Public Health*, 1988, 78, pp. 367-371.

- 21 BREART G., BOUYER J. Méthodes épidémiologiques en évaluation. *Rev. Epidem. et Santé Publ.*, 1991, 39, pp. S5-S14.
- 22 BREGER S.M., LAMBERT W.W. Stimulus response theory in cotemporary social psychology. In LINDZEY G., ARONSON E. (Eds) *The Handbook of Social Psychology*. USA, Addison Wesley, 1968, pp. 85-178.
- 23 BRIAN E. Techniques d'estimation et méthodes factorielles. Exposé formel et application aux traitement de données lexicométriques. Thèse de diplôme de docteur ingénieur, Orsay, mai 1986.
- 24 BRIANCON S., BLANCHARD F., CHERRIER-BAUMANN M., GUENOT-GOSSE C., CALES-BLANCHARD E., DESCHAMPS J.-P., SENAULT R. Isolement, support social, événements de vie et état de santé. *Rev. Epidem. et Santé Publ.*, 1985, 33, pp. 48-65 .
- 25 BROCK D.W., WARTMAN S.A. Sounding board. When competent patients make irrational choices. *The New England Journal of Medicine*, 1990, 322(22), pp. 1595-1599.
- 26 BROWN L.K., FRITZ G.K. Children's knowledge and attitudes about AIDS. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1988, 27(4), pp. 504-508.
- 27 CAILLIEZ F. et PAGES J.-P. Introduction à l'analyse des données. Paris, Smash, 1976; 616 p.
- 28 CARDE C., BASTIDE S. Les questionnaires. Document non publié. Electricité de France (Direction des études et recherches) Septembre 1984.
- 29 CASSEL J. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 1976, 104, pp. 108-123.
- 30 CASTEL R. Education préventive et conduites risquées. In Colloque de Dourdan, 21-22 mars 1985 : Recherche en sciences humaines et éducation pour la santé. Paris: CFES, 1986, pp. 203-204.
- 31 CHAMPAGNE F., CONTANDRIOPOULOS A.P., PINEAULT R. Un cadre conceptuel pour l'évaluation des programmes de santé. *Rev. Epidem. et Santé Publ.*, 1985, 33, pp.173-181.
- 32 CHWALOW J. Evaluation des programmes d'éducation pour la santé. *Rev. Epidem. et Santé Publ.*, 1991, 39, pp. S83-S87.
- 33 CLARK N.M., ZIMMERMAN B.J. A social cognitive view of self-regulated leaning about health. *Health Education Research*, 1990, 5(3), pp. 371-379.
- 34 COOK J., COUET D. Besoins. In *La santé communautaire. Concepts/Actions/Formation*. Paris, CIE, 1990, pp. 109-112.
- 35 COOK T.D., CAMPBELL D.T. *Quasi-experimentation. Design & analysis issues for field settings*. Boston, Houghton Mifflin Company, 1979, 405p.
- 36 COUET D. Commentaire : Le bouclage du sujet. *Sciences Sociales et Santé*, 1991, IX(1), pp. 95-101.
- 37 CROS M., MANDERSCHEID J.-C. Dicours des experts et des adolescents lors de la conférence internationale de consensus "Education pour la santé, adolescents et sida". Synthèse de contenu. *Santé Publique*, 1992, (in press).
- 38 DANZON M. Apport de nouvelles techniques d'évaluation à la méthodologie de l'éducation pour la santé. *Rev. Internat. Educ. Santé*, 1980, 23(1), pp. 27-34.
- 39 DATTILO J., NELSON G.D. Single-subject evaluation in Health Education. *Health Education Quarterly*, 1986, 13(3), pp. 249-259.
- 40 DAUZAT A., DUBOIS J., MITTERAND H. *Nouveau dictionnaire étymologique et historique*. Paris, Larousse, 1971, 805p.

- 41 DE BONIS M., GUELFY J.D., SOMOGYI M. Observation psychiatrique en langage naturel, statistique textuelle et classification des dépressions. *Psychiatrie & Psychobiologie*, 1990, 5, pp. 1-11.
- 42 DESCHAMPS J.-P. Analyse des besoins de santé et éducation pour la santé. In *Colloque de Dourdan, 21-22 mars 1985 : Recherche en sciences humaines et éducation pour la santé*. Paris: CFES, 1986, pp. 211-213.
- 43 DESCHAMPS J.-P. Education pour la santé. In *La santé communautaire. Concepts/Actions/Formation*. Paris, CIE, 1990, pp. 127-132.
- 44 DI CLEMENTE R.J., ZORN J., TEMOSHOK L. Adolescents and AIDS : a survey of knowledge, attitudes and beliefs about AIDS in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 1986, 76(12), pp. 1443-1445.
- 45 DIELMAN T.E., CAMPANELLI P.C., SHOPE J.T., BUTCHART A.T. Susceptibility to peer pressure, self-esteem, and health locus of control as correlates of adolescent substance abuse. *Health Education Quarterly*, 1987, 14(2), pp. 207-221.
- 46 DORLHAC DE BORNE H. Avant-propos du numéro spécial "Evaluation des actions de santé concernant la famille". *Rev. Epidem. et Santé Publ.*, 1991, 39, pp. S3-S4 .
- 47 DURAND J., PAGES J.-P., BRENOT J., BARNY M.-H. Public opinion and conflicts : a theory and system of opinion polls. *International Journal of Public Opinion Research*, 1990, 2(1), pp. 30-52.
- 48 EPSTEIN S. Aggregation and Beyond : some basic issues on the prediction of behavior. *J Personal*, 1983, 51, pp. 360-392.
- 49 FARR R.M. On the varieties of social psychology : an essay on the relationships between psychology and other social sciences. *Social Science Information* 1978, 17, 4/5, pp. 503-25.
- 50 FESTINGER L. , KATZ D. *Méthode recherche dans les sciences sociales*. Paris, P.U.F. 1974. 753p
- 51 FLAMENT C. Structure et dynamique des représentations sociales. In JODELET D. (Ed). *Les représentations sociales*. Paris, Presses Universitaires de France, 1989, pp. 204-219.
- 52 FLEISS J.L. Estimating the reliability of interview data. *Psychometrika*, 1970, 35(2), pp. 143-162.
- 53 FONTAINE D. Evaluer les actions de santé dans le tiers-monde. Guide pratique à l'usage des associations de développement. Mémoire D.U. Santé Publique. Nancy, Faculté de Médecine, octobre 1990, 228 p.
- 54 GHIGLIONE R. Questionner, in BLANCHET A, GHIGLIONE R, MASSONNAT J, TROGNON A. *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. Paris, Dunod, 1987; 197 p.
- 55 GHIGLIONE R. *Je vous ai compris ou l'analyse des discours politiques*. Paris, Armand Colin, 1989, 172 p.
- 56 GHIGLIONE R., MATALON B., BACRI N. *Les dires analysés : l'analyse propositionnelle du discours*. Paris, Presses Universitaires de Vincennes, 1985, 188 p.
- 57 GODIN G. L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences Sociales et Santé*, 1991, IX(1), pp. 67-94.
- 58 GOTTLIEB B.H. Social networks and social support : An overview of research, practice, and policy implications. *Health Education Quarterly*, 1985, 12(1), pp. 5-22.
- 59 GOUSSAULT B. Demande sociale. In *La santé communautaire. Concepts/Actions/Formation*. Paris, CIE, 1990, pp. 119-121.
- 60 GREEN L.W. Evaluation and measurement : some dilemmas for health education. *AJPH*, 1977, 67(2), pp. 155-161.

- 61 GREEN L.W., GORDON N.P. Productive research designs for health education investigations. *Health Education*, may/june 1982, pp. 4-10.
- 62 GREEN L.W., KREUTER M.W., DEEDS S.G., PARTRIDGE K.B. *Health education planning. A diagnostic approach*. Mountain View (California), Mayfield Publishing Company, 1980, 306 p.
- 63 GRIFFITHS W. Health education definition, problems and philosophies *Health Education Monographs*, 1972, 31, pp. 7-11
- 64 GRIZE J.B. *Logique et Language*. Paris, Ophrys; 1990, 153 p.
- 65 HAEUSLER L., PLEUVRET P. *SPADT Manuel de mise en oeuvre et exemples*. Paris, CISIA, 1989.
- 66 HERZLICH C. La représentation sociale In : MOSCOVICI S. *Introduction à la psychologie sociale*. Paris, Larousse, 1972, pp. 303-325.
- 67 HOCHBAUM G.M. *Public participation in medical screening programs : A sociopsychological study U.S. Public service publication N° 572*. Washington D.C. : U.S. Government Printing Office, 1958
- 68 JACOBSON D.E. Types and timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior*, 1986, 27, pp. 250-264.
- 69 JOULE R.V, BEAUVOIS J.-L. *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 1987.
- 70 KAPLAN G.A., HAAN M., SYME L.E., MINKLER M., WINKLEBY M. Socioeconomic status and health. *American Journal of Epidemiology*, 1987, 125, pp. 989-998.
- 71 KASPERSON R.E., REN O., SLOVIC P. et al. The social amplification of risk : a conceptual framework. *Risk Analysis*, 1988, 8(2), pp. 177-205.
- 72 KEGELES S.M., ADLER N.E., IRWIN C.E. Sexually active adolescents and condoms : changes over one year in knowledges, attitudes and use. *Am. J. of Public Health*, 1988, 78, pp. 460-461.
- 73 KEGELES S.M., ADLER N.E., IRWIN Jr C.E. Associations of beliefs with intentions to use. *American Journal of diseases of children*, August 1989, 143, pp. 911-915.
- 74 KERSELL M.W., MILSUM J.H. A systems model of health behavior change. *Behavioral Science*, 1985, 30, pp. 119-126.
- 75 KILCHER L.R, MARTIN J. La prévention des drogues dans le milieu scolaire. *Méd. et Hyg.*, 1988, 46, pp. 2050-2051.
- 76 LAUMON B. et al. Résultats d'une enquête sur le préservatif réalisée dans 4 lycées de la région lyonnaise en février 1988. *BEH*, 1988, 22, pp. 86-87.
- 77 LEBART L., MORINEAU A., BECUE M. *SPADT Manuel de l'utilisateur*. Paris, CISIA, 1989.
- 78 LEBART L., MORINEAU A., FENELON J.-P. *Traitement des données statistiques. Méthodes et programmes*. Paris, Dunod, 1979, 510 p.
- 79 LEBART L., SALEM A. *Analyse statistique de données textuelles*. Paris, Dunod, 1988.
- 80 LEVY E. L'Education Sanitaire face aux résistances socioculturelles. Les enseignements d'une enquête du LEGOS. *L'hôpital à Paris*, 1981, 61, pp.15-19.
- 81 LEVY-LEBOYER C., MOSER G. La peur comme moyen de dissuasion : le cas de l'alcoolisme. *Revue de l'Alcoolisme*, 1977, 23 n° 2, pp. 73-103.

- 82 LEVY-LEBOYER C., MOSER G. La peur est-elle un bon moyen pour modifier les attitudes et les comportements ? Bilan de recherches (1953-1976). *Année psychol.*, 1977, 77, pp. 225-238.
- 83 LIEDEKERKEN P.C., JONKERS R., de HAES W.F.M., KOPK G.J., SAAN J.A.M. Effectiveness of health education. Utrecht, Dutch Health Education Centre/Van Gorcum, 1990, 160 p.
- 84 LORIG K., LAURIN J. Some notions about assumptions underlying health education. *Health Education Quarterly*, 1985, 12(3), pp. 231-243.
- 85 MACHADO V.L., PETITGIRARD A., BRIXI O. Négociation. In *La santé communautaire. Concepts/Actions/Formation*. Paris, CIE, 1990, pp. 156-158.
- 86 MAIMAN L.A., BECKER M.H. The health belief model : origins and correlates in psychological theory *Health Education Monographs*, 1974, 2, pp. 336-353
- 87 MAISONNEUVE J. Introduction à la psychosociologie. Paris, P.U.F., 1973, 262 p.
- 88 MANDERSCHEID J.-C. La production d'idées nouvelles, un des grands défis de la santé publique. *Santé Publique*, 1992, (in press).
- 89 MANDERSCHEID J.-C., BRES R., ROUGE A., GREMY F. SIDA : bases théoriques pour une intervention éducative. *Revue d'Education Médicale*, 1988, 11(5), pp. 45-53.
- 90 MANDERSCHEID J.-C., ROUGE A., BRES R., TAILLEBOIS L., MANDERSCHEID F., GREMY F., GUILLAUME J.-M. Stratégie d'intervention éducative en milieu scolaire : bilan provisoire (janvier 1989). Document du Département de l'Information Médicale, Hôpital Lapeyronie, Montpellier.
- 91 MARANTZ P.R. Blaming the victim : the negative consequence of preventive medicine. *Am. J. of Public Health*, 1990, 80(10), pp. 1186-1187.
- 92 MARTIN J., KICHLER L.R. Les médiateurs scolaires. *Médecine Sociale et Préventive*, 1985, 30, pp. 148-151.
- 93 McNEMAR Q. Note on the sampling error of the difference between correlated proportions or percentages. *Psychometrika*, 1947, 12, pp. 153-157.
- 94 MIETTINEN O.S. The clinical trial as a paradigm for epidemiologic research. *J. Clin. Epidemiol.*, 1989, 42(6), pp. 491-496.
- 95 MINKLER M. Health Education, Health Promotion and the Open Society : an historical perspective. *Health Education Quarterly*, 1989, 16(1), pp. 17-30.
- 96 MONNIER E. Evaluation de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan. Paris, Economica, 1987, 167 p.
- 97 MOSCOVICI S. La psychanalyse : son image et son public Paris, PUF, 1976, 506 p.
- 98 MULLEN P.D., IVERSON D. Qualitative methods for evaluative research in health education programs. *Health Education*, may/june 1982, pp. 11-18.
- 99 NICKERSON C.A.E. The attitude/behavior discrepancy as a methodological artifact : comment on "Sexually active adolescents and condoms". *Am. J. Public Health*, 1990, 80, pp.1174-1179.
- 100 O'NEILL M. Vers une problématique de l'Education Sanitaire au Québec. Montréal, Librairie de l'Université, 1981, 121 p.
- 101 ORIOL P., PATOIS E., GUENIN-TOSTAIN F., KAUFFMANN F. Facteurs de risque du tabagisme chez les jeunes de 11 à 16 ans. *Rev. Mal. Resp.*, 1988, 5, pp. 393-400.

- 102 ORS Ile de France. Evaluation de la campagne d'information SIDA-STOP dans onze lycées d'Ile de France. Premiers résultats. Paris, ORS Ile de France, Rapport décembre 1987.
- 103 PAGES J.-P. Stabilité des structures dans les enquêtes de suivi des opinins. Journées d'étude sur la qualité de l'information dans les enquêtes 13-15 juin 1991, pp. 451-473.
- 104 PAGES J.-P. Comprendre l'opinion en période de crise : la prise en compte des représentations. In Tixier M. La Communication de crise. Enjeux et stratégies. Paris, McGraw-Hill, 1991, pp. 203-231
- 105 PAGES J.-P., BRENOT J., BARNY M.-H. Factor analysis and risk perception. In Devillers J, Karcher W. Applied multivariate analysis in SAR and environmental studies. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1991, 530 p.
- 106 PETER J.-P. Critiques historiques de l'éducation pour la santé. In Colloque de Dourdan, 21-22 mars 1985 : Recherche en sciences humaines et éducation pour la santé. Paris: CFES, 1986, pp. 270-273.
- 107 PINEAULT R., DAVELUY C. La planification de la santé. Concepts. Méthodes. Stratégies. Montréal (Québec) Editions Agence d'ARC Inc., 1986; 480 p.
- 108 ROEDERER-GREBER M., DIDELOT-BARTHELEMY L., SPYQUERELLE Y., HERBETH B., MEJEAN L., DESCHAMPS J.-P. Elaboration d'un questionnaire audiovisuel sur les connaissances, les attitudes et les comportements des adolescents en matière d'alimentation. Document non publié INSERM U308, Nancy 1989.
- 109 ROEDERER-GREBERT M. Connaissances, attitudes et comportement alimentaire d'adolescents issus de milieux défavorisés. Mise au point d'un outil interactif d'éducation nutritionnelle. Thèse de Sciences (UFR:STB) Nancy 1990
- 110 ROETHLISBERGER E.J., DICKSON W. Management and the worker. Cambridge, Harvard University Press, 1939, 615 p.
- 111 ROSEN M. On randomized controlled trials and lifestyle interventions. Intern. J. of Epidemiology, 1989, 18(4), pp. 993-994.
- 112 ROSENSTOCK I.M. Historical origins of the health belief model Health Education Monographs, 1974, 2, pp. 328-335
- 113 ROSENSTOCK I.M., STRECHER V.J., BECKER M.H. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Education Quarterly, 1988, Vol. 15(2), pp. 175-183.
- 114 ROTTER J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement Psychological Monographs, 1966, 80(1).
- 115 ROUGE A. Prévention : les limites du modèle médical. Soins Psychiatriques, 1988, 99, pp. 25-31.
- 116 ROUGE A., BRES R. La dynamique relai. Conseil Régional d'Information et de Prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies. C.R.I.P.A.T.
- 117 SANDERS J.M. Guidelines to health care providers of the sexually active adolescent. In : SCHINAZI R.F., NAHMIAS A.J. AIDS in children, adolescents and heterosexual adults. An interdisciplinary approach to prevention. New York, Elsevier, pp. 350-351.
- 118 SAXE L., FINE M. Social experiments : methods for design and evaluation. Londres, Sage, 1981, 266 p
- 119 SOLOMON R. An extension of control group design. Psychological Bulletin 1949, n° 46, pp. 137-150.
- 120 STRANDBERG T.E., SALMAA V.V., NAUKKARINEN V.A., VANHANEN H.T., SARNA S.J., MIETTINEN T.A. Long-term mortality after 5-year multifactorial primary prevention of cardiovascular diseases in middle-aged men. JAMA, 1991, 266, pp. 1225-1229.

- 121 STRECHER V., Mc EVOY De VELLIS B., BECKER M.H., ROSENSTOCK I.M. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 1986, 13(1), pp.73-91.
- 122 STRUNIN L., HINGSON R. Acquired immunodeficiency syndrome and adolescents : knowledge, beliefs, attitudes and behaviors. *Pediatrics*, 1987, 79(5), pp. 825-828.
- 123 SYME S.L., BERKMAN L.F. Social class - susceptibility and sickness. *American Journal of Epidemiology*, 1976, 104, pp. 1-8.
- 124 TANNAHILL A. Health education and health promotion : planning for the 1990s. *Health Education Journal*, 1990, 49(4), pp. 194-198.
- 125 ZIGLIO E. Evaluation de l'impact de l'éducation pour la santé : une évaluation globale. Rapport à la conférence européenne pour la promotion de l'éducation pour la santé. Strasbourg 20-22 septembre 1990. Strasbourg, Conseil de l'Europe, 1990, 24 p.
- 126 ZIMMERMAN R.S., CONNOR C. Health promotion in context : the effects of significant others on Health Behavior Change. *Health Education Quarterly*, 1989, 16(1),pp. 57-75.

ANNEXES

Annexe 1

Feuille d'identité amovible et questionnaire de la première enquête.



QUESTIONNAIRE

		No	
		Lycée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Classe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 - Date de naissance :	Mois		
	Année		
2 - Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/> 44,9%	Féminin <input type="checkbox"/> 55,1%	<input type="checkbox"/>
3 - Etes vous	externe <input type="checkbox"/> 38,6%	demi-pensionnaire <input type="checkbox"/> 52,3% 9%	interne <input type="checkbox"/>
4 - Résidez vous habituellement dans une autre ville (ou village) que celle où se trouve votre lycée?	oui <input type="checkbox"/> 60,8%	non <input type="checkbox"/> 39,2%	<input type="checkbox"/>
5 - Vous venez au lycée? (Choisissez une seule réponse, celle correspondant à la situation la plus habituelle.)			
	à pied		<input type="checkbox"/>
	en voiture (avec vos parents, des amis ou voisins)		<input type="checkbox"/>
	à vélo		<input type="checkbox"/>
	en bus		<input type="checkbox"/>
	en car de ramassage scolaire (si oui durée du trajet en minutes)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	en car de ligne régulière (si oui durée du trajet en minutes)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 - Avez-vous facilement accès à :			
	Un minitel ?	oui chez moi <input type="checkbox"/> 23,1%	oui ailleurs <input type="checkbox"/> 19,2%
	Un poste de télévision ?	<input type="checkbox"/> 92,9%	<input type="checkbox"/> 0,8%
	Un poste de radio ?	<input type="checkbox"/> 92,8%	<input type="checkbox"/> 0,7%
			non <input type="checkbox"/> 57,5%
			<input type="checkbox"/> 0,5%
			<input type="checkbox"/> 0,3%
7 - Pensez-vous être informé sur le SIDA (en quantité)? (Cocher une seule case)			
	Beaucoup trop	<input type="checkbox"/> 2,4%	
	Trop	<input type="checkbox"/> 3,1%	
	Suffisamment	<input type="checkbox"/> 48,6%	<input type="checkbox"/>
	Pas assez	<input type="checkbox"/> 39,3%	
	Pas du tout	<input type="checkbox"/> 1,4%	
	Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> 5,1%	

8 - Où avez vous le plus entendu parler du SIDA? (Cocher une ou plusieurs cases).

	oui		
à la TV	93,7%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à la radio	22,4%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dans les journaux	56,1%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dans des conférences	13,8%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec le minitel	1,1%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sur les affiches	25,8%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dans les prospectus	25,5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec les camarades	39,9%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avec les professeurs	15,5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez :	11,0%..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 - Parmi tous ces moyens d'information, lequel vous a le plus appris? (Cocher une seule case)

la TV	52,8%	<input type="checkbox"/>	
la radio	0,6%	<input type="checkbox"/>	
les journaux	14,0%	<input type="checkbox"/>	
les conférences	6,3%	<input type="checkbox"/>	
le minitel	0,3%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les affiches	0,2%	<input type="checkbox"/>	
les prospectus	4,0%	<input type="checkbox"/>	
les camarades	1,6%	<input type="checkbox"/>	
les professeurs	4,9%	<input type="checkbox"/>	
Autres, précisez :	4,1%	<input type="checkbox"/>	

10 - Pensez vous que l'information que vous avez reçue jusqu'à présent soit en qualité: (Cochez une seule case)

Très bonne	<input type="checkbox"/>	3,0%	
Bonne	<input type="checkbox"/>	25,1%	
Assez bonne	<input type="checkbox"/>	44,4%	<input type="checkbox"/>
Médiocre	<input type="checkbox"/>	18,5%	
Mauvaise	<input type="checkbox"/>	4,2%	
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	7,7%	

1 1 - Parmi ces phrases, lesquelles avez-vous entendues ou lues au cours des campagnes d'informations sur le SIDA ? (Cocher une ou plusieurs cases).

"..... il ne passera pas par moi"	96%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"..... parlons-en avant qu'il ne lui parle"	42,4%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"..... question SIDA, j'ai plusieurs heures de vol"	1,3%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
".....elle court, elle court, la maladie d'amour"	28,9%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 - Trouveriez-vous gênant que dans un tel questionnaire on vous demande de dire si vous avez déjà eu des relations sexuelles ? (Cocher une seule case)

Oui	<input type="checkbox"/>	12,9%	
Non	<input type="checkbox"/>	61,8%	<input type="checkbox"/>
Indifférent	<input type="checkbox"/>	25,2%	

1 3 - Qui vous a déjà parlé du SIDA ? (Cocher une ou plusieurs cases).

votre père (ou tuteur)	<input type="checkbox"/>	36,6%	<input type="checkbox"/>
votre mère (ou tutrice)	<input type="checkbox"/>	57,1%	<input type="checkbox"/>
vos frères et soeurs	<input type="checkbox"/>	19,5%	<input type="checkbox"/>
vos enseignants	<input type="checkbox"/>	27,2%	<input type="checkbox"/>
vos copains	<input type="checkbox"/>	54,8%	<input type="checkbox"/>
vos copines	<input type="checkbox"/>	52,0%	<input type="checkbox"/>
votre petit(e) ami(e)	<input type="checkbox"/>	24,9%	<input type="checkbox"/>
autre, précisez:.....	<input type="checkbox"/>	6,6%	<input type="checkbox"/>

1 4 - A qui avez-vous déjà parlé du SIDA? (Cocher une ou plusieurs cases)

votre père (ou tuteur)	<input type="checkbox"/>	36,0%	<input type="checkbox"/>
votre mère (ou tutrice)	<input type="checkbox"/>	54,6%	<input type="checkbox"/>
vos frères et soeurs	<input type="checkbox"/>	25,0%	<input type="checkbox"/>
vos enseignants	<input type="checkbox"/>	10,7%	<input type="checkbox"/>
vos copains	<input type="checkbox"/>	58,0%	<input type="checkbox"/>
vos copines	<input type="checkbox"/>	60,6%	<input type="checkbox"/>
votre petit(e) ami(e)	<input type="checkbox"/>	29,9%	<input type="checkbox"/>
autre, précisez:.....	<input type="checkbox"/>	3,8%	<input type="checkbox"/>

15 - **Pour vous informer sur le SIDA** avez vous déjà: (Cocher la ou les bonnes cases)

Interrogé un minitel ?	1,7%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulté des brochures spécialisées ? si oui précisez lesquelles:	18,2%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décidé d'assister à des conférences ? si oui précisez lesquelles:	9,4%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demandé qu'on vous passe un film ou un cassette vidéo sur le SIDA ?	10,1%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choisi de regarder une émission TV sur le SIDA plutot qu'un film ou des variétés.?	65,2%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 - D'après-vous, le SIDA est-il provoqué par ? (Cocher les bonnes cases.mais ne cochez pas quand vous ne savez pas.)

Une bactérie	25,7% oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un virus	93,6% oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un parasite	6,1% oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un insecte	6,1% oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rien du tout (survient spontanément)	1,6% oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	20,7% oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 - Une personne porteuse du germe du SIDA est elle contagieuse? (Cocher une seule case)

Jamais	<input type="checkbox"/>	8,0%	<input type="checkbox"/>
Rarement	<input type="checkbox"/>	3,4%	<input type="checkbox"/>
Parfois	<input type="checkbox"/>	30,6%	<input type="checkbox"/>
Souvent	<input type="checkbox"/>	21,0%	<input type="checkbox"/>
Toujours	<input type="checkbox"/>	28,9%	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	7,8%	<input type="checkbox"/>

18 - Une personne contagieuse présente-t-elle des signes apparents de SIDA?
(Cocher une seule case).

Jamais	<input type="checkbox"/>	14,3%	<input type="checkbox"/>
Rarement	<input type="checkbox"/>	10,9%	<input type="checkbox"/>
Parfois	<input type="checkbox"/>	33,9%	<input type="checkbox"/>
Souvent	<input type="checkbox"/>	14,4%	<input type="checkbox"/>
Toujours	<input type="checkbox"/>	7,4%	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	18,5%	<input type="checkbox"/>

19 - On peut attrapper le SIDA : (Cocher oui ou non à chaque ligne sauf si vous ne savez pas).

Par un serrement de main	0,8% oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En utilisant la même vaisselle qu'une personne porteuse du germe du SIDA	2,8% oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En se baignant à la piscine	3,6% oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par un rapport sexuel	99,6% oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En donnant son sang	43,8% oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En recevant du sang	92,6% oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par l'usage de seringues déjà utilisées	99,2% oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Par un baiser	9,8% oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chez le dentiste	24,5% oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En utilisant la même brosse à dents qu'une personne porteuse du germe du SIDA	30,0% oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En utilisant le même rasoir qu'une personne porteuse du germe du SIDA	oui <input type="checkbox"/> 51,5%	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 - Une mère atteinte peut-elle transmettre la maladie à l'enfant qu'elle porte en elle ? (Cocher une seule case).

Oui	<input type="checkbox"/>	85,9%	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>	1,3%	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	12,7%	<input type="checkbox"/>

21 - Pensez-vous que le SIDA soit aujourd'hui une maladie que l'on peut éviter? (Cocher une seule case).

Oui	<input type="checkbox"/>	79,8%	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>	4,2%	<input type="checkbox"/>
Les spécialistes ne le savent pas eux mêmes	<input type="checkbox"/>	15,7%	<input type="checkbox"/>
Je ne connais pas la réponse	<input type="checkbox"/>	0,1%	<input type="checkbox"/>

22 - Le SIDA est-il aujourd'hui une maladie guérissable ? (Cocher une seule case).

Oui	<input type="checkbox"/>	5,2%	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>	57,3%	<input type="checkbox"/>
Les spécialistes ne le savent pas eux mêmes	<input type="checkbox"/>	36,7%	<input type="checkbox"/>
Je ne connais pas la réponse	<input type="checkbox"/>	0,1%	<input type="checkbox"/>

2 3 - Pensez-vous que l'épidémie du SIDA puisse être stoppée? (Cocher une seule case).

Oui	<input type="checkbox"/>	56,8%	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>	12,9%	<input type="checkbox"/>
Les spécialistes ne le savent pas eux mêmes	<input type="checkbox"/>	29,9%	
Je ne connais pas la réponse	<input type="checkbox"/>	0,2%	

2 4 - Quel (ou quels) moyen (s) préventif(s) conseilleriez-vous pour arrêter la progression du SIDA ? (Cocher une ou plusieurs cases).

Marquer les personnes atteintes par un tatouage	<input type="checkbox"/>	5,4%	<input type="checkbox"/>
L'isolement des malades dans des établissements spécialisés	<input type="checkbox"/>	16,5%	<input type="checkbox"/>
Empêcher tous les malades du SIDA d'avoir des enfants	<input type="checkbox"/>	39,6%	<input type="checkbox"/>
Rendre stériles les personnes contagieuses	<input type="checkbox"/>	14,8%	<input type="checkbox"/>
Rendre l'information obligatoire dans les établissements scolaires	<input type="checkbox"/>	71,8%	<input type="checkbox"/>
Mettre en place des centres d'information gratuits et facultatifs	<input type="checkbox"/>	72,6%	<input type="checkbox"/>
Mettre en place des centres de dépistage gratuits et anonymes	<input type="checkbox"/>	85,3%	<input type="checkbox"/>

2 5 - Vous apprenez qu'un ou une de vos camarades est porteur(se) du germe du SIDA, quelle est votre réaction ? (Cocher une ou plusieurs cases).

Je ne le (la) fréquente plus	<input type="checkbox"/>	1,5%	<input type="checkbox"/>
Je ne change pas mon attitude à son égard	<input type="checkbox"/>	76,3%	<input type="checkbox"/>
Je l'évite	<input type="checkbox"/>	4,3%	<input type="checkbox"/>
Je le (la) vois plus souvent afin de l'aider	<input type="checkbox"/>	44,0%	<input type="checkbox"/>
Je le dis à un médecin ou à un responsable	<input type="checkbox"/>	25,2%	<input type="checkbox"/>
Accepteriez vous de l'inviter chez vous?	<input type="checkbox"/>	53,7%	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez :	<input type="checkbox"/>	3,6%	<input type="checkbox"/>

2 6 - Vous apprenez que votre petit(e) ami(e) est porteur(se) de la maladie, quelle est votre réaction? (Cocher une ou plusieurs cases).

Peu m'importe, je ne change rien à mes relations	<input type="checkbox"/>	16,2%	<input type="checkbox"/>
Je le (la) quitte	<input type="checkbox"/>	8,6%	<input type="checkbox"/>
Je continue à le (la) fréquenter	<input type="checkbox"/>	36,9%	<input type="checkbox"/>
Je n'ai plus de rapports sexuels avec lui (elle)	<input type="checkbox"/>	28,9%	<input type="checkbox"/>
Je continue à avoir des rapports sexuels avec lui (elle)	<input type="checkbox"/>	12,9%	<input type="checkbox"/>
Nous utilisons des préservatifs	<input type="checkbox"/>	36,3%	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas de petit(e) ami(e)	<input type="checkbox"/>	15,7%	<input type="checkbox"/>
Je ne risque rien, je n'ai pas de rapports sexuels	<input type="checkbox"/>	24,9%	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez :	<input type="checkbox"/>	3,2%	<input type="checkbox"/>

27 - Vous apprenez que votre frère ou votre soeur est porteur(se) de la maladie quelle est votre réaction ? (Cocher une ou plusieurs cases).

Je n'ai pas de frère, ni de soeur	<input type="checkbox"/>	9,9%	<input type="checkbox"/>
J'ai honte de mon frère ou de ma soeur	<input type="checkbox"/>	0,9%	<input type="checkbox"/>
J'en déduis qu'il (elle) est homosexuel (le)	<input type="checkbox"/>	1,2%	<input type="checkbox"/>
J'en déduis qu'il (elle) est drogué (e)	<input type="checkbox"/>	1,4%	<input type="checkbox"/>
Je l'évite parce que j'ai peur	<input type="checkbox"/>	0,7%	<input type="checkbox"/>
Je fais comme si de rien n'était	<input type="checkbox"/>	34,6%	<input type="checkbox"/>
Je fais tout mon possible pour le (la) soutenir et l'aider	<input type="checkbox"/>	84,0%	<input type="checkbox"/>
Autre, précisez:	<input type="checkbox"/>	2,9%	<input type="checkbox"/>

28 - Vous apprenez que vous êtes porteur (se) de la maladie, quelle est votre réaction? (Cocher une ou plusieurs cases).

J'ai honte	<input type="checkbox"/>	8,7%	<input type="checkbox"/>
J'ai peur de mourir	<input type="checkbox"/>	55,4%	<input type="checkbox"/>
Je souffre de devoir renoncer à avoir des enfants	<input type="checkbox"/>	45,0%	<input type="checkbox"/>
Je n'y attache pas d'importance	<input type="checkbox"/>	2,7%	<input type="checkbox"/>
J'ai peur de transmettre la maladie	<input type="checkbox"/>	55,0%	<input type="checkbox"/>
Je n'ai plus de rapports sexuels	<input type="checkbox"/>	33,1%	<input type="checkbox"/>
Je cache mon état	<input type="checkbox"/>	14,3%	<input type="checkbox"/>
J'ai peur d' être rejeté(e) par mon entourage	<input type="checkbox"/>	52,3%	<input type="checkbox"/>
Je continue de mener la même vie	<input type="checkbox"/>	27,8%	<input type="checkbox"/>
J'utilise des préservatifs lors de mes rapports sexuels	<input type="checkbox"/>	35,8%	<input type="checkbox"/>
Je préviens mon entourage	<input type="checkbox"/>	46,4%	<input type="checkbox"/>
Ce n'est pas juste, donc je contamine un maximum de personnes	<input type="checkbox"/>	1,4%	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez :	<input type="checkbox"/>	4,9%	<input type="checkbox"/>

29 - Pensez-vous (même si vous n'en avez pas l'expérience) que l'utilisation de préservatifs lors de rapports sexuels provoque une sensation de gêne? (Cocher une seule case)

Oui	<input type="checkbox"/>	
Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela ne change rien	<input type="checkbox"/>	
Je n'en ai aucune idée	<input type="checkbox"/>	

30 - Seriez vous gêné(e) de demander à **votre petit(e) ami(e)** d'utiliser des préservatifs lors d'un rapport sexuel? (Cocher une seule case)

Oui	<input type="checkbox"/>	15,9%
Non	<input type="checkbox"/>	62,4%
Indifférent	<input type="checkbox"/>	7,7%
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	13,8%

31 - Seriez vous gêné(e) de demander à **un(e) partenaire occasionnel(le)** d'utiliser des préservatifs lors d'un rapport sexuel? (Cocher une seule case)

Oui	<input type="checkbox"/>	11,5%
Non	<input type="checkbox"/>	79,1%
Indifférent	<input type="checkbox"/>	5,6%
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	15,2%

32 - Seriez vous gêné(e) si lors d'un rapport sexuel **votre petit(e) ami(e)** vous demandait d'utiliser des préservatifs? (Cocher une seule case)

Oui	<input type="checkbox"/>	8,1%
Non	<input type="checkbox"/>	73,9%
Indifférent	<input type="checkbox"/>	6,1%
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	11,7%

33 - Seriez vous gêné(e) si lors d'un rapport sexuel **un(e) partenaire occasionnel(le)** vous demandait d'utiliser des préservatifs? (Cocher une seule case)

Oui	<input type="checkbox"/>	8,1%
Non	<input type="checkbox"/>	73,9%
Indifférent	<input type="checkbox"/>	6,1%
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	11,7%

34 - Si un (ou une) partenaire vous demandait d'utiliser des préservatifs, penseriez-vous ?(Cocher une ou plusieurs cases).

Il (ou elle) ne m'aime pas vraiment	<input type="checkbox"/>	1,3%	<input type="checkbox"/>
Il (ou elle) ne me fait pas confiance	<input type="checkbox"/>	11,5%	<input type="checkbox"/>
Il (ou elle) a le SIDA	<input type="checkbox"/>	4,6%	<input type="checkbox"/>
Il ou elle "assure"	<input type="checkbox"/>	29,8%	<input type="checkbox"/>
C'est une précaution normale	<input type="checkbox"/>	82,7%	<input type="checkbox"/>
Je suis content(e) qu'elle (il) en parle la (le) première(r) je n'osais pas le faire	<input type="checkbox"/>	24,5%	<input type="checkbox"/>
Il (ou elle) croit que j'ai le SIDA	<input type="checkbox"/>	4,6%	<input type="checkbox"/>

35 - Avez-vous déjà utilisé des préservatifs ? Oui 32,4% Non 67,6%

36 - Si oui, pour quelle (s) raison (s) ? (Cocher une ou plusieurs cases)

Un moyen de contraception	<input type="checkbox"/> 25,7%	<input type="checkbox"/>
Pour éviter les maladies sexuellement transmissibles autres que le SIDA	<input type="checkbox"/> 12,7%	<input type="checkbox"/>
Pour prévenir le SIDA	<input type="checkbox"/> 9,4%	<input type="checkbox"/>
Pour essayer	<input type="checkbox"/> 7,2%	<input type="checkbox"/>
Autres, précisez	<input type="checkbox"/> 0,8%	<input type="checkbox"/>

37 - Un (ou une) de vos camarades est séropositif(ve), à qui lui conseillez vous d'en parler **en priorité** (Cocher une seule case)

Le médecin scolaire	<input type="checkbox"/> 0,5%	
Un enseignant	<input type="checkbox"/> 0,1%	
Le médecin de famille	<input type="checkbox"/> 11,6%	
Le conseiller d'éducation	<input type="checkbox"/> 0,2%	
Un membre de la famille	<input type="checkbox"/> 13,5%	
Un(e) camarade bien documenté(e)	<input type="checkbox"/> 0,7%	<input type="checkbox"/>
Un médecin spécialiste du SIDA	<input type="checkbox"/> 45,2%	
Un adulte du lycée s'intéressant particulièrement au SIDA	<input type="checkbox"/> 0,5%	
Un autre séropositif	<input type="checkbox"/> 1,3%	
Je ne sais pas ce que veut dire séropositif	<input type="checkbox"/> 3,3%	
Autres, précisez :	<input type="checkbox"/> 0,9%	

38 - Si vous désiriez un complément d'informations sur le SIDA, qui jugeriez-vous le **plus** apte à vous le donner? (Cocher une seule case)

Le médecin scolaire	<input type="checkbox"/> 1,6%	
Un enseignant	<input type="checkbox"/> 0,5%	
Le médecin de famille	<input type="checkbox"/> 5,5%	
Le conseiller d'éducation	<input type="checkbox"/> 0,1%	
Un membre de la famille	<input type="checkbox"/> 1,9%	
Un(e) camarade bien documenté(e)	<input type="checkbox"/> 1,6%	<input type="checkbox"/>
Un médecin spécialiste du SIDA	<input type="checkbox"/> 70,0%	
Un adulte du lycée s'intéressant particulièrement au SIDA	<input type="checkbox"/> 2,1%	
Un autre séropositif	<input type="checkbox"/> 2,1%	
Je ne sais pas ce que veut dire séropositif	<input type="checkbox"/> 0,4%	
Autres, précisez :	<input type="checkbox"/> 0,3%	

3 9 - Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? (Cocher une seule case)

Oui avec une seule personne	<input type="checkbox"/>	24,8%	
Oui avec des partenaires différents	<input type="checkbox"/>	21,8%	
Non	<input type="checkbox"/>	42,4%	<input type="checkbox"/>
Je préfère ne pas répondre	<input type="checkbox"/>	11,0%	

4 0 - Si oui quand avez vous eu votre premier rapport sexuel? (Cocher une seule case)

Il ya moins de six mois	<input type="checkbox"/>	14,2%	
Il ya moins d'un an	<input type="checkbox"/>	19,7%	
Il y a moins d'un an et demi	<input type="checkbox"/>	13,6%	<input type="checkbox"/>
Il y a plus d'un an et demi	<input type="checkbox"/>	34,0%	
Je préfère ne pas répondre	<input type="checkbox"/>	18,3%	

4 1 - Utilisez vous un moyen de contraception? (Cocher une ou plusieurs cases)

Non	<input type="checkbox"/>	45,5%	<input type="checkbox"/>
Oui la pilule	<input type="checkbox"/>	16,9%	<input type="checkbox"/>
Oui des préservatifs	<input type="checkbox"/>	21,1%	<input type="checkbox"/>
Oui des ovules spermicides	<input type="checkbox"/>	0,5%	<input type="checkbox"/>
Oui du gel spermicide	<input type="checkbox"/>	0,5%	<input type="checkbox"/>
Oui un stérilet	<input type="checkbox"/>	0,1%	<input type="checkbox"/>
Oui un diaphragme	<input type="checkbox"/>	0,1%	<input type="checkbox"/>
Oui la méthode des températures	<input type="checkbox"/>	0,2%	<input type="checkbox"/>
Oui une autre méthode	<input type="checkbox"/>	0,4%	<input type="checkbox"/>
précisez			
Je préfère ne pas répondre	<input type="checkbox"/>	5,9%	<input type="checkbox"/>

4 2 - Un de vos amis envisage de fréquenter une personne appartenant à un groupe dit "à risque". Quelle est votre réaction? (Cocher une seule case)

Je lui conseille vivement de se munir de préservatifs	<input type="checkbox"/>	41,9%	
Je tente de le faire renoncer à cette relation	<input type="checkbox"/>	57,0%	
Je lui conseille de demander un test de dépistage du SIDA à son partenaire	<input type="checkbox"/>	11,9%	
Je ne dis rien car c'est son problème	<input type="checkbox"/>	12,0%	<input type="checkbox"/>
Je décide de ne plus fréquenter cet ami là	<input type="checkbox"/>	0,5%	
Je ne sais pas ce que veut dire "groupe à risque"	<input type="checkbox"/>	7,1%	
Autre, précisez.....	<input type="checkbox"/>	0,9%	

4 3 - Quelqu'un vous prévient que la personne que vous "draguez" fait partie d'un groupe dit "à risque", quelle est votre réaction? (Cocher une seule case)

Je me propose d'utiliser un préservatif	<input type="checkbox"/>	25,8%	
Je renonce à cette relation	<input type="checkbox"/>	64,8%	
Je demande à la personne que je "drague" de consulter un médecin	<input type="checkbox"/>	15,1%	<input type="checkbox"/>
J'envoie sur les "roses" la personne qui me prévient	<input type="checkbox"/>	5,0%	
Je ne sais pas ce que veut dire "groupe à risque"	<input type="checkbox"/>	7,3%	
Autre, précisez.....	<input type="checkbox"/>	2,9%	

4 4 - Savez vous où l'on peut se faire pratiquer un test de dépistage du SIDA? (Cocher une seule case)

Oui	<input type="checkbox"/>	38,6%	
Non	<input type="checkbox"/>	49,3%	<input type="checkbox"/>
Indifférent	<input type="checkbox"/>	1,8%	
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	10,2%	

4 5 - Sinon souhaiteriez vous savoir où l'on peut se faire pratiquer ces tests? (Cocher une seule case)			
Oui	<input type="checkbox"/>	68,9%	
Non	<input type="checkbox"/>	6,4%	<input type="checkbox"/>
Indifférent	<input type="checkbox"/>	12,4%	
Je le sais déjà	<input type="checkbox"/>	12,2%	
4 6 - Pensez-vous qu'une fille qui prend la pillule soit protégée du SIDA? (Cocher une seule case)			
Oui	<input type="checkbox"/>	1,8%	
Non	<input type="checkbox"/>	87,3%	
Les spécialistes ne le savent pas	<input type="checkbox"/>	0,7%	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	10,0%	
4 7 - Si on vous interrogeait dans la rue pour la télévision , accepteriez-vous de dire ce que vous pensez du SIDA? (Cocher une seule case)			
Oui	<input type="checkbox"/>	50,2%	
Non	<input type="checkbox"/>	15,2%	<input type="checkbox"/>
Indifférent	<input type="checkbox"/>	11,1%	
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	23,4%	
4 8 - Si on vous interrogeait dans la rue pour la télévision , accepteriez-vous de répondre devant une caméra aux questions de ce questionnaire? (Cocher une seule case)			
Oui	<input type="checkbox"/>	21,5%	
Non pas à toutes les questions	<input type="checkbox"/>	44,9%	
Non pas du tout	<input type="checkbox"/>	14,7%	<input type="checkbox"/>
Indifférent	<input type="checkbox"/>	5,3%	
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	13,4%	
4 9 - Le fait de parler du SIDA fait-il partie d'un nouveau look? (Cocher une seule case)			
Peut-être?	<input type="checkbox"/>	24,3%	
Oui	<input type="checkbox"/>	4,4%	
Non	<input type="checkbox"/>	47,1%	<input type="checkbox"/>
Cela n'a pas d'importance	<input type="checkbox"/>	11,1%	
Je n' ai pas d'opinion	<input type="checkbox"/>	12,9%	

5 0 - Pensez vous que l'on dise tout ce que l'on sait sur le SIDA? (Cocher une seule case)

Peut-être?	<input type="checkbox"/>	26,5%	
Oui	<input type="checkbox"/>	16,8%	
Non	<input type="checkbox"/>	50,1%	<input type="checkbox"/>
Cela n'a pas d'importance	<input type="checkbox"/>	1,0%	
Je n' ai pas d'opinion	<input type="checkbox"/>	5,4%	

Nous vous remercions de nous avoir aidé en remplissant ce questionnaire. Si vous avez quelques remarques ou suggestions à nous faire, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir les noter ci-dessous.

Annexe 2

Recommandations aux enquêteurs.

RECOMMANDATIONS AUX ENQUETEURS (à lire très attentivement avant l'enquête)

L'enquête va être conduite simultanément par plusieurs enquêteurs. Or de la façon dont se déroulent les interrogations, le comportement et l'attitude des enquêteurs peuvent largement influencer certaines réponses des élèves. Il est donc souhaitable que tous les enquêteurs interviennent de façon identique. Afin de garantir l'homogénéité des données recueillies nous demandons à chacun de se conformer le plus possible aux recommandations suivantes.

Nous appelons "interrogation" une intervention auprès d'une classe. Nous appelons "enquête" l'ensemble des interrogations sur tout le département à une période donnée. Ces précisions de terminologie étant fournies, nous insistons sur le fait que les "interrogations" ne doivent avoir aucun caractère scolaire. En répondant librement au questionnaire, l'élève ne doit surtout pas avoir l'impression de passer un examen et encore moins d'être soumis à une enquête policière. **Il doit être mis en confiance.** Le questionnaire doit être présenté aux élèves comme l'outil d'une "ETUDE" et non pas d'une "**ENQUETE**". Cela signifie que le mot "enquête" doit être évité.

1) Une règle fondamentale est de bien présenter le questionnaire avant de le distribuer et ensuite d'intervenir le moins possible.

2) Présentation de la feuille d'identité.

Il est indispensable que cette feuille soit remplie correctement et lisiblement en lettres majuscules d'imprimerie (au moins pour le nom) ceci pour pouvoir utiliser les numéros d'ordre et apparier les questionnaires d'un même élève.

Mais il est tout aussi indispensable que l'adolescent soit convaincu du caractère anonyme de ce questionnaire et mis en confiance si nous voulons obtenir des réponses fiables. Il appartient donc à l'enquêteur de présenter aux élèves la technique garantissant l'anonymat, de façon claire, brève et persuasive. Les adolescents doivent comprendre que les questionnaires d'une part et les feuilles d'identité d'autre part seront manipulés et **traités séparément, par des équipes différentes**, sur des ordinateurs différents, et que par conséquent, à aucun moment, personne ne pourra être en possession simultanément du questionnaire et de la feuille d'identité correspondante. C'est-à-dire qu'à **aucun moment quelqu'un ne pourra savoir ce qu'a répondu tel ou tel adolescent.**

Les feuilles d'identité seront donc remplies avant le questionnaire et rendues en même temps que ce dernier mais séparément. L'un et l'autre seront placés dans des enveloppes distinctes (une pour les feuilles d'identité, une pour les questionnaires) **scellées devant les élèves**, mais sans ostentation.

3) Il faut demander aux élèves de lire attentivement chaque question et de ne répondre qu'après avoir lu toutes les réponses possibles proposées.

4) Il faudra faire comprendre aux élèves que nous attendons de chacun une réponse personnelle. On pourra éventuellement demander à l'administration du lycée que l'interrogation puisse se faire dans une salle où les élèves ne soient pas entassés les uns sur les autres.

5) Pour la quasi-totalité des questions, il est demandé de cocher soit une seule case (choix unique), soit une ou plusieurs cases (choix multiple possible). Il faut demander aux élèves de respecter ces indications. Dans le cas d'un choix unique ("cocher une seule case"), l'élève doit choisir la réponse qui correspond le plus à ce qu'il pense. Dans le cas d'un choix multiple possible ("cocher une ou plusieurs cases"), l'élève cochera toutes les cases correspondant à ce qu'il pense.

6) Si l'élève ne comprend pas une question, il ne doit pas y répondre, s'il ne comprend pas une réponse, il ne doit pas la cocher.

7) Si un élève pose une question après que les questionnaires aient été distribués, il faut éviter de donner une réponse, sauf s'il s'agit de quelque chose qui a été précisé (ou aurait dû l'être) lors de la présentation.

Par exemple si un élève ne comprend pas si dans une question on parle de séropositif ou de SIDA, et pose la question, il faut lui conseiller de choisir le sens de la question qui lui paraît le plus plausible.

En effet, tous les élèves de toutes les classes et de tous les établissements interrogés doivent être à égalité face au questionnaire. Donner une explication aux uns (et pas aux autres), à une classe (et pas à une autre) introduirait une différence difficile à gérer au moment de l'analyse statistique.

8) Il ne faut rien écrire dans la colonne de droite réservée au codage informatique.

9) La présentation du questionnaire durera 10 (minimum) à 15 minutes (maximum). La séance (présentation et interrogation) ne durera pas plus d'une heure. Il faut y veiller pour ne pas importuner le professeur devant enseigner à l'heure suivante.

A la fin de l'interrogation, après avoir ramassé questionnaires et feuilles d'identité, l'enquêteur comptera les uns et les autres et les placera dans les deux enveloppes prévues à cet effet. Il cachètera ces dernières devant les élèves et y inscrira les noms de l'établissement et de la classe si ce n'est pas déjà fait.

Ensuite, lorsqu'il sera seul, l'enquêteur remplira le formulaire permettant d'apprécier comment s'est déroulée la séance. Il pourra y ajouter des remarques.

L'enquêteur devra se procurer la liste des élèves de la classe et savoir quels élèves étaient absents, mais sans avoir à faire l'appel lui-même, ni le faire faire. L'enquêteur doit éviter tout comportement ou attitude pouvant le rendre suspect auprès des élèves.

Le formulaire ci-dessous, rendant compte de l'interrogation, sera joint à l'enveloppe contenant les feuilles d'identité et ne devra en aucun cas être manipulé par les personnes traitant les questionnaires.

Annexe 3

Compte rendu d'interrogation

COMPTE RENDU D'INTERROGATION

NOM DE L'Etablissement :

ADRESSE :

NOM et prénom de l'enquêteur :

Fonctions de l'enquêteur dans l'établissement :

NOM de la CLASSE :

Nombre d'élèves présents :

Nombre d'élèves absents :

Listes nominatives (Nom, Prénom) des élèves absents :

1	6
2	7
3	8
4	9
5	10

(si plus de 10 élèves absents, donner la liste des absents sur une feuille indépendante àagrafer à ce dossier).

- Combien de temps a duré la présentation du questionnaire ?

mn

- Combien de temps a duré l'interrogation ?

mn

- Comment les élèves ont-ils rempli le questionnaire ?

- Certains élèves ont-ils discuté entre eux le choix
Des réponses ?

oui non

- Certains élèves ont-ils fait des commentaires à
haute-voix ?

oui non

- Certains élèves ont-ils fait des plaisanteries ou
"rigolé" ouvertement ?

oui non

- il s'agissait de garçons ? oui non

- il s'agissait de filles ? oui non

- il s'agissait des deux ? oui non

- au dernier rang de la classe ? oui non

- au premier rang de la classe ? oui non

- autre ? oui non

précisez

- Des élèves ont-ils posé des questions ?

oui non

Si oui notez ci-dessous d'une part les questions et d'autre-part les réponses que vous avez données. Si plusieurs questions ont été posées par un même élève, signalez-le (sans préciser le nom de l'élève évidemment).

Notez ci-dessous ce que vous avez pu constater en particulier.

Annexe 4

La deuxième enquête :

le questionnaire et les résultats bruts de l'analyse

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE : LES PREUMINAIRES

1. LE QUESTIONNAIRE
2. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON
3. UN REGARD SUR LES VALEURS

DEUXIEME PARTIE : ATTITUDES ET OPINIONS SUR LE SIDA : POURCENTAGES ET DIFFERENCES ENTRE GROUPES SOCIAUX

1. LE SIDA ET L'INFORMATION
2. LES MODES DE TRANSMISSION
3. LES PRATIQUES SEXUELLES ET LEURS IMAGES
4. LA MENACE PERCUE
5. LE DEPISTAGE
6. MODIFICATION DU COMPORTEMENT DE L'INDIVIDU
7. LE COMPORTEMENT VIS-A-VIS DES MALADES

TROISIEME PARTIE : CORRELATIONS

1. LES PRINCIPALES CORRELATIONS
2. LES CORRELATIONS AVEC PREMIERS AXES DE L'ACP

LES PRELIMINAIRES

CARACTERISTIQUES GENERALES DE L'ECHANTILLON

Dans le premier chapitre, on présente le questionnaire utilisé en Mai 1989 auprès des scolaires de l'académie de Montpellier. Après avoir décrit au chapitre 2 l'échantillon à travers les variables sociodémographiques et socio-culturelles du signalétique, on passe en revue les opinions dans certains conflits agitant la société française.

1. LE QUESTIONNAIRE

8-	Vous avez plein de copains et copines	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9-	Vous avez de très bons amis	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10-	Vous organisez des "boums" ou vous allez à celles des copains plus de 2 fois par an	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
11-	Vous aimez être seul(e)	toujours <input type="checkbox"/>	souvent <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>	rarement <input type="checkbox"/>	jamais <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12-	Vous étudiez vos cours en groupe avec des copains	toujours <input type="checkbox"/>	souvent <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>	rarement <input type="checkbox"/>	jamais <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-	Pensez-vous être informé sur le SIDA (en quantité)? (Cocher une seule case)						
			Beaucoup trop	<input type="checkbox"/>			
			Trop	<input type="checkbox"/>			
			Suffisamment	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
			Pas assez	<input type="checkbox"/>			
			Pas du tout	<input type="checkbox"/>			
			Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>			
14-	Pensez vous que l'information que vous avez reçue jusqu'à présent soit en qualité: (Cocher une seule case)						
			Très bonne	<input type="checkbox"/>			
			Bonne	<input type="checkbox"/>			
			Assez bonne	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
			Médiocre	<input type="checkbox"/>			
			Mauvaise	<input type="checkbox"/>			
			Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>			
15-	Avec qui parlez-vous volontiers du SIDA (cocher oui ou non pour chaque proposition)						
	vos parents	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	vos frères et soeurs	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	vos enseignants	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	vos copains	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	vos copines	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	vos amis	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	autres	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
16-	<u>Pour vous informer sur le SIDA</u> avez vous déjà: (Cocher oui ou non pour chaque proposition)						
	Interrogé un minitel ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	Consulté des brochures spécialisées ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	Assisté à des conférences ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	Vu un film ou un cassette vidéo sur le SIDA ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	Regardé une émission TV sur le SIDA	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

- 17- Peut-on toujours reconnaître en la voyant qu'une personne est séropositive ? (cocher un seule case)
- oui non ne sais pas
- 18- On peut attraper le SIDA :
(Cocher oui ou non ou ne sais pas pour chaque proposition)
- Par un serrement de main oui non ne sais pas
- En utilisant la même vaisselle qu'une personne porteuse du germe du SIDA oui non ne sais pas
- En se baignant à la piscine oui non ne sais pas
- Par un rapport sexuel avec préservatif oui non ne sais pas
- Par un rapport sexuel sans préservatif oui non ne sais pas
- En donnant son sang oui non ne sais pas
- En recevant du sang oui non ne sais pas
- Par l'usage de seringues déjà utilisées oui non ne sais pas
- Par un baiser oui non ne sais pas
- Chez le dentiste oui non ne sais pas
- En utilisant la même brosse à dents qu'une personne porteuse du germe du SIDA oui non ne sais pas
- En utilisant le même rasoir qu'une personne porteuse du germe du SIDA oui non ne sais pas
- Dans les toilettes publiques oui non ne sais pas
- 19- Une femme enceinte séropositive peut-elle transmettre la maladie à l'enfant qu'elle porte ? (cocher un seule case)
- oui non ne sais pas
- 20- Vous apprenez que vous êtes séropositif(ve), quelle est votre réaction ?
(Cocher oui ou non pour chaque proposition)
- J'ai honte oui non
- J'ai peur de mourir oui non
- Je n'y attache pas d'importance oui non
- Je n'ai plus de rapports sexuels oui non
- J'ai peur d'être rejeté(e) par mon entourage oui non
- Je préviens mon entourage oui non
- Ce n'est pas juste, donc je contamine un maximum de personnes oui non
- Autres oui non
- 21- Oseriez-vous demander à votre **petit(e) ami(e)** d'utiliser des préservatifs lors d'un rapport sexuel ?
(cocher une seule case)
- oui non ne sais pas
- 22- Oseriez-vous demander à un(e) **partenaire occasionnel(le)** d'utiliser des préservatifs lors d'un rapport sexuel ? (Cocher une seule case)
- oui non ne sais pas
- 23- Avez-vous déjà utilisé des préservatifs ?
- oui non

- 24- Si oui, pour quelle (s) raison (s) ? (Cocher une ou plusieurs cases)
- Un moyen de contraception
- Pour éviter les maladies sexuellement transmissibles autres que le SIDA
- Pour prévenir le SIDA
- Pour essayer
- Autres
- 25- Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? (Cocher une seule case)
- Oui avec une seule personne
- Oui avec des partenaires différents
- préciser le nombre :
- Non
- Je préfère ne pas répondre
- 26- Si oui quand avez vous eu votre premier rapport sexuel? (Cocher une seule case)
- Il y a moins de six mois
- Il y a moins d'un an
- Il y a moins d'un an et demi
- Il y a plus d'un an et demi
- Je préfère ne pas répondre
- 27- Utilisez vous un moyen de contraception? (Cocher une ou plusieurs cases)
- Non
- Oui la pilule
- Oui des préservatifs
- Oui une autre méthode
- Je préfère ne pas répondre
- 28- Savez vous où l'on peut se faire pratiquer un test de dépistage du SIDA? (Cocher une seule case)
- oui non
- 29- Sinon souhaiteriez vous savoir où l'on peut se faire pratiquer ces tests? (Cocher une seule case)
- oui non indifférent
- 30- Vous-même (lors d'un don de sang ou à toute autre occasion) avez-vous déjà fait un test du dépistage du SIDA ? (cocher un seule case)
- jamais une fois plusieurs je préfère ne pas répondre

- 31- Pensez vous que l'on dise tout ce que l'on sait sur le SIDA? (Cocher une seule case)
- | | | | | |
|--|---------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| | Peut-être? | <input type="checkbox"/> | | |
| | Oui | <input type="checkbox"/> | | |
| | Non | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | Cela n'a pas d'importance | <input type="checkbox"/> | | |
| | Je n' ai pas d'opinion | <input type="checkbox"/> | | |
- 32- Diriez-vous qu'en voiture ou qu'en toute autre circonstance, vous avez un tempérament (cocher une seule case)
- | | | | | |
|--|-----------|--------------------------|--|--------------------------|
| | Casse-cou | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | Sportif | <input type="checkbox"/> | | |
| | Prudent | <input type="checkbox"/> | | |
| | Autre | <input type="checkbox"/> | | |
- 33- La qualité qui joue dans le choix d'une voiture, c'est avant tout pour vous (cocher une seule case)
- | | | | | |
|--|------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| | La puissance | <input type="checkbox"/> | | |
| | Le confort | <input type="checkbox"/> | | |
| | Une belle ligne | <input type="checkbox"/> | | |
| | La sécurité | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| | La robustesse | <input type="checkbox"/> | | |
| | La faible consommation | <input type="checkbox"/> | | |
| | Autre | <input type="checkbox"/> | | |
- 34- Personnellement regardez-vous la télévision tous les jours ou presque ? (cocher une seule réponse)
- non :
- oui : moins d'1 heure/jour de 1 à 2 hr /jour plus de 2 hr /j
- 35- Personnellement écoutez-vous la radio tous les jours ou presque ? (cocher un seule réponse)
- non :
- oui : moins d'1 heure/jour de 1 à 2 hr /jour plus de 2 hr /j
- 36- Quels sont les journaux, les magazines, les revues que vous lisez **régulièrement** ?
- | | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|
| Prima | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lire | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sciences et Vie | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sciences et Avenir | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Géo, Ca m'intéresse | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magazines d'informatique | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magazines automobiles, sportifs... | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presse du cœur (Nous Deux, Intimité...) | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Phosphore | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'Etudiant | oui | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Podium	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salut	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rockland	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeune et Jolie	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Top 50	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rolling Stones	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 ans	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37- Par rapport à la religion êtes-vous ? (Cocher une seule case)

Sans religion	<input type="checkbox"/>					
Catholique	non pratiquant	<input type="checkbox"/>	pratiquant occasionnel	<input type="checkbox"/>	pratiquant régulier	<input type="checkbox"/>
Protestant	non pratiquant	<input type="checkbox"/>	pratiquant occasionnel	<input type="checkbox"/>	pratiquant régulier	<input type="checkbox"/>
Israélite	non pratiquant	<input type="checkbox"/>	pratiquant occasionnel	<input type="checkbox"/>	pratiquant régulier	<input type="checkbox"/>
Musulman	non pratiquant	<input type="checkbox"/>	pratiquant occasionnel	<input type="checkbox"/>	pratiquant régulier	<input type="checkbox"/>
Autres cas (dont autres religions)	<input type="checkbox"/>					

38- Parmi les événements catastrophiques suivants, quel est celui qui vous semble le plus effrayant (Cocher une seule case)

Accident de l'usine Union-Carbide à Bhopal en Inde	<input type="checkbox"/>
Accident de la centrale nucléaire de Tchernobyl	<input type="checkbox"/>
Développement du SIDA	<input type="checkbox"/>
Accident de l'usine Hoffman-Laroche à Seveso	<input type="checkbox"/>
Tremblement de terre d'Arménie	<input type="checkbox"/>
Marée noire de l'Exxon-Valdez en Alaska	<input type="checkbox"/>
Autre situation, la quelle?	<input type="checkbox"/>

39- Estimez-vous être informé sur : (Cocher une seule case pour chaque type de problème donné)

Le cancer ?	pas du tout	<input type="checkbox"/>	pas assez	<input type="checkbox"/>	bien	<input type="checkbox"/>	très bien	<input type="checkbox"/>	ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le problème du réchauffement de l'atmosphère ?	pas du tout	<input type="checkbox"/>	pas assez	<input type="checkbox"/>	bien	<input type="checkbox"/>	très bien	<input type="checkbox"/>	ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le SIDA ?	pas du tout	<input type="checkbox"/>	pas assez	<input type="checkbox"/>	bien	<input type="checkbox"/>	très bien	<input type="checkbox"/>	ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nucléaire ?	pas du tout	<input type="checkbox"/>	pas assez	<input type="checkbox"/>	bien	<input type="checkbox"/>	très bien	<input type="checkbox"/>	ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40- Connaissez-vous personnellement une personne séropositive ou malade du SIDA ? (cocher un seule case)

oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------	--------------------------

- 41- Par rapport à la moyenne des gens, estimez quel est votre risque d'être contaminé par le virus du SIDA
(Cocher une seule case)
- Il est plus grand
- Il est le même
- Il est plus faible
- Je ne cours absolument aucun risque
- 42- Compte tenu de vos fréquentations, vous sentez-vous véritablement menacé par le SIDA ?
(Cocher une seule case)
- Oui, beaucoup
- Oui, un peu
- Non, pas du tout
- 43- Au cours des six derniers mois, avez-vous eu recours aux préservatifs lors de vos relations sexuelles ?
(Cocher une seule case)
- N'a pas eu de relations sexuelles
- Oui, de façon systématique
- Oui, de façon sélective
- Jamais
- je préfère ne pas répondre
- 44- D'une façon générale, au cours des six derniers mois, avez-vous l'impression d'avoir changé certains de vos comportements personnels par crainte du SIDA ?
(Cocher une seule case)
- oui non ne sais pas

Nous allons maintenant vous demander votre avis sur un certain nombre de sujets. Après avoir lu attentivement chaque proposition, cochez la case qui correspond le mieux à votre choix personnel, les cinq réponses possibles étant :

1. Pas du tout d'accord (Pas tout)
2. Pas tellement d'accord (Pas tel)
3. Peut-être d'accord (P. être)
4. Bien d'accord (Bien)
5. Entièrement d'accord (Entier)
6. Sans opinion ou préfère ne pas répondre ou autre (S.O.)

- 45- Le SIDA est une maladie que l'on peut éviter
- Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 46- Le SIDA est aujourd'hui une maladie guérissable
- Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 47- L'épidémie du SIDA peut être stoppée?
- Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 48- Il faut marquer d'un tatouage les personnes atteintes du SIDA
- Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.

- 49- Il faut empêcher tous les malades du SIDA d'avoir des enfants
 Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 50- Il faut rendre obligatoire l'information sur le SIDA dans les établissements scolaires
 Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 51- La libéralisation de l'avortement est une bonne chose
 Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 52- Les médecins méritent notre confiance
 Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 53- Dieu existe
 Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 54- Il faut limiter les héritages
 Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 55- On doit lutter énergiquement contre la pornographie
 Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 56- Ils nous prennent pour des abrutis à la télévision
 Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 57- La famille doit rester la cellule de base de la société
 Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 58- Il faut interdire la circulation automobile dans les villes
 Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 59- On ne devrait plus se marier
 Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 60- Il est nécessaire de censurer certains livres
 Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 61- Il faut respecter les convenances
 Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 62- On peut se passer des chefs
 Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.
- 63- Les ordinateurs menacent nos libertés
 Pas tout Pas tel P. être Bien Entier S.O.

- | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 64- | Les homosexuels sont des gens comme les autres | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 65- | Il faut rétablir la peine de mort | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 66- | Le haschisch devrait être en vente libre | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 67- | Les contrôles d'identité sont indispensables | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 68- | C'est bien de voir des femmes nues à la télé | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 69- | Il faut isoler les malades du SIDA | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 70- | L'alcool au volant mérite la prison | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 71- | Les toxicomanes doivent être punis | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 72- | Il faut interdire de fumer dans tous les lieux publics | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 73- | Piquer dans les grandes surfaces, c'est pas bien grave | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 74- | En amour, il faut savoir rester fidèle à une seule personne | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 75- | La pollution détruira l'humanité au siècle prochain | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 76- | Il faut aider les toxicomanes à "s'en sortir" | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 77- | Ceux qui ridiculisent une religion doivent être punis | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 78- | Le premier rapport sexuel, c'est (ou c'était) angoissant | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |

- | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 79- | Les graffitis sur les murs, c'est de l'Art ! | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 80- | Les homosexuels sont un danger pour la société | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 81- | Je me sens citoyen européen | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 82- | Le dépistage du SIDA doit être rendu obligatoire pour toute la population | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 83- | En France, des dizaines de milliers de gens vont mourir du SIDA | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 84- | Je ne tiens pas à avoir de rapports sexuels à cause du SIDA | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 85- | Le grand amour, ça existe | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 86- | Pas de relations sexuelles sans amour | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 87- | C'est normal d'avoir des expériences amoureuses avec différentes personnes | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 88- | Ceux qui sont séropositifs n'ont que ce qu'ils méritent | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 89- | Il est impensable d'utiliser de préservatif avec la personne qu'on aime | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 90- | On nous cache la vérité sur le SIDA | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 91- | On guérira bientôt du SIDA | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 92- | Les préservatifs sont beaucoup trop chers | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |
| 93- | Les préservatifs sont peu efficaces pour éviter le SIDA lors de relations sexuelles | <input type="checkbox"/> |
| | | Pas tout | Pas tel | P. être | Bien | Entier | S.O. | |

INTRODUCTION

Description de l'échantillon

2. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

Au total, 2143 élèves ont répondu au questionnaire de façon anonyme. On trouvera successivement les tris à plat relatifs aux groupes de variables suivantes :

- **Description du lycée** : la ville, le nom et le type de lycée, le niveau et la série de la classe, le numéro de série.
- **Caractéristiques individuelles de l'élève** : âge, sexe, religion, nombre de frères et sœurs, catégorie socio-professionnelle du père et de la mère, statut.
- **Communication hors lycée** : quels sont les contacts avec leurs camarades en dehors du lycée ?
- **Voiture** : ont-ils un tempérament casse-cou ou prudent au volant ou en toute autre circonstance ? Quel critère de qualité va déterminer son choix de voiture ?
- **Médias** : habitudes d'écoute en matière d'écoute télévision et radio, lectorats des magazines.

<i>LIBELLE</i>	<i>EFFEC</i>	<i>%</i>
Ville		
VILLE 1	105	4.9
VILLE 2	42	2.0
VILLE 3	221	10.3
VILLE 4	185	8.6
VILLE 5	111	5.2
VILLE 6	46	2.1
VILLE 7	902	42.1
VILLE 8	168	7.8
VILLE 9	34	1.6
VILLE 10	329	15.4
Stratégie		
OUI	1010	47.1
NON	1133	52.9
Lycée		
LYCEE 1	901	42.0
LYCEE 2	64	3.0
LYCEE 3	431	20.1
LYCEE 4	77	3.6
LYCEE 5	92	4.3
LYCEE 6	460	21.5
LYCEE 8	91	4.2
LYCEE 9	27	1.3
TYPE		
LYCEE PROFESSIONNEL	1809	84.4
LYCEE CLASSIQUE OU TECHN.	334	15.6
Niveau		
TERMINAL	834	38.9
PREMIERE	700	32.7
SECONDE	609	28.4
Série		
SERIE 1	847	39.5
SERIE 2	29	1.4
SERIE 4	160	7.5
SERIE 5	317	14.8
SERIE 6	110	5.1
SERIE 8	134	6.3
SERIE 9	37	1.7
SERIE 13	104	4.9
SERIE 14	28	1.3
SERIE 15	17	0.8
SERIE 16	12	0.6
SERIE 18	27	1.3
SERIE 20	56	2.6
SERIE 23	43	2.0
SERIE 24	15	0.7
SERIE 26	42	2.0
Valeurs manquantes	165	7.7
Numéro série		
NUMERO 1	1241	57.9
NUMERO 2	448	20.9
NUMERO 3	178	8.3
NUMERO 4	117	5.5
NUMERO 5	54	2.5
NUMERO 6	37	1.7
NUMERO 7	68	3.2

LIBELLE	EFFEC	%	LIBELLE	EFFEC	%
Elevatel			Statut élève		
OUI	276	12.9	EXTERNE	816	38.1
NON	1867	87.1	DEMI-PENSIONNAIRE	1170	54.6
Age			INTERNE	157	7.3
15 ANS	19	0.9	Commentaire		
16 ANS	285	13.3	OUI	391	18.2
17 ANS	545	25.4	NON	1752	81.8
18 ANS	701	32.7			
19 ANS	356	16.6			
20 ANS	174	8.1			
21 ANS	51	2.4			
22 ANS	12	0.6			
Sexe					
HOMME	981	45.8			
FEMME	1162	54.2			
Religion					
<i>" Par rapport à la religion, êtes-vous..? "</i>					
SANS RELIGION	571	26.6			
CATHO. NON PRATIQUANT	650	30.3			
CATHO. PRAT.OCCASION	597	27.9			
CATHO. REGULIER	135	6.3			
PROTESTANT NON PRATIQUANT	30	1.4			
PROTESTANT PRAT.OCCASION	35	1.6			
PROTESTANT REGULIER	11	0.5			
ISRAELITE NON PRATIQUANT	2	0.1			
ISRAELITE PRAT.OCCASION	9	0.4			
ISRAELITE REGULIER	5	0.2			
MUSULMAN NON PRATIQUANT	18	0.8			
MUSULMAN PRAT.OCCASION	25	1.2			
MUSULMAN REGULIER	10	0.5			
AUTRE RELIGION	45	2.1			
Nombre de frères et soeurs					
ZERO	268	12.5			
UN	972	45.4			
DEUX	583	27.2			
TROIS	162	7.6			
QUATRE	72	3.4			
PLUS DE CINQ	86	4.0			
Csp père					
AGRICULTEUR	115	5.4			
ARTISAN	366	17.1			
CADRE	538	25.1			
PROFESSION INTERMEDIAIRE	104	4.9			
EMPLOYE	383	17.9			
OUVRIER	282	13.2			
RETRAITE	98	4.6			
SANS ACTIVITE	161	7.5			
NON REPONSE	96	4.5			
Csp mère					
AGRICULTEUR	16	0.7			
ARTISAN	163	7.6			
CADRE	247	11.5			
PROFESSION INTERMEDIAIRE	379	17.7			
EMPLOYE	19	0.9			
OUVRIER	111	5.2			
RETRAITE	52	2.4			
SANS ACTIVITE	1156	53.9			

LIBELLE	EFFEC	%
Contact hors cours <i>" Vous parlez avec des camarades de votre tige en dehors des cours, en moyenne par jour ? "</i>		
- d'1 H./JOUR	147	6.9
1H./JOUR	283	13.2
2H./JOUR	625	29.2
3H. /JOUR	1088	50.8
Contact copains-copines <i>" Vous avez plein de copains et copines "</i>		
OUI	1831	85.4
NON	193	9.0
AUTRE	119	5.6
Contact amis <i>- Vous avez de très bons amis</i>		
OUI	1953	91.1
NON	126	5.9
AUTRE	64	3.0
Boum <i>" Vous organisez des boums ou vous allez à celles des copains plus de 2 fois par an "</i>		
OUI	1372	64.0
NON	771	36.0
Aimer être seul <i>" Vous aimez être seul(e) "</i>		
TOUJOURS	13	0.6
SOUVENT	311	14.5
PARFOIS	1394	65.0
RAREMENT	343	16.0
JAMAIS	82	3.8
Etudier avec des copains <i>" Vous étudiez vos cours en groupe avec des copains "</i>		
TOUJOURS	18	0.8
SOUVENT	89	4.2
PARFOIS	647	30.2
RAREMENT	915	42.7
JAMAIS	474	22.1

LIBELLE	EFFEC	%
Tempérament routier		
<i>' Dirtez-vous qu'en voiture ou qu'en toute autre circonstance, vous avez un tempérament : "</i>		
CASSE-COU	182	8.5
SPORTIF	585	27.3
PRUDENT	1067	49.8
AUTRE	309	14.4
Qualité voiture		
<i>" La qualité qui joue dans le choix d'une voiture, c'est avant tout pour vous : "</i>		
PUISSANCE	248	11.5
CONFORT	208	9.7
BELLE LIGNE	373	17.4
SECURITE	602	28.1
ROBUSTESSE	98	4.8
FAIBLE CONSOMMATION	177	8.3
AUTRE	439	20.5

LIBELLE	EFFEC	%	LIBELLE	EFFEC	%
Fréquence d'écoute tv					
<i>" Personnellement regardez-vous la télévision tous les jours ou presque ? "</i>					
NE REGARDE PAS TV	369	17.2			
- 1H./JOUR	426	19.9			
1H. A 2H.	830	38.7			
+ DE 2H.	518	24.2			
Fréquence d'écoute radio					
<i>" Personnellement écoutez-vous la radio tous les jours ou presque ? "</i>					
N'ECOUTE PAS RADIO	360	16.8			
- 1H./JOUR	668	31.2			
1H. A 2H.	641	29.9			
+ DE 2H.	474	22.1			
<i>" Quels sont les journaux, les magazines, les revues que vous lisez régulièrement ? "</i>					
Prima					
OUI	173	8.1			
NON	1970	91.9			
Lire					
OUI	96	4.5			
NON	2047	95.5			
Science et vie					
OUI	584	27.3			
NON	1559	72.7			
Sciences et avenir					
OUI	327	15.3			
NON	1816	84.7			
Geo, ça m'intéresse					
OUI	710	33.1			
NON	1433	66.9			
Magazines info					
OUI	271	12.6			
NON	1872	87.4			
Magazines automobiles					
OUI	840	39.2			
NON	1303	60.8			
Presse du cœur					
OUI	163	7.6			
NON	1980	92.4			
Phosphore					
OUI	262	12.2			
NON	1881	87.8			
L'Etudiant					
OUI	368	17.2			
NON	1775	82.8			
Podium					
OUI	185	8.6			
NON	1958	91.4			
Salut					
OUI	207	9.7			
NON	1936	90.3			
Rockland					
OUI	79	3.7			
NON	2064	96.3			
Jeune et jolie					
OUI	142	6.6			
NON	2001	93.4			
Top 50					
OUI	270	12.6			
NON	1873	87.4			
Rolling stones					
OUI	156	7.3			
NON	1987	92.7			
20 ans					
OUI	321	15.0			
NON	1822	85.0			
Autre magazine					
OUI	1354	63.2			
NON	789	36.8			

3. UN REGARD SUR LE VALEURS

Les tris à plat correspondant à chacun des "thèmes de conflit" présents dans l'enquête de mai 1989 sont donnés à titre indicatif. L'élève s'est prononcé ici sur une échelle d'accord en cinq paliers allant du contre au pour.

Ces thèmes sont empruntés à Agoramétrie, il s'agit de thèmes largement débattus dans la société française qui permettront dans l'analyse de tenir compte des systèmes de valeurs (structures de l'opinion publique).

Deux de ces thèmes sont spécifiques à l'enquête de Montpellier :

- . Punir les toxicomanes
- . Aider les toxicomanes
- . Homosexuels dangereux pour la société

LIBELLE	EFFEC	%	LIBELLE	EFFEC	%
Libéraliser l'avortement <i>" La libéralisation de l'avortement est une bonne chose "</i>			Villes sans voiture <i>" Il faut interdire la circulation automobile dans les villes "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	111	5.2	PAS DU TOUT D'ACCORD	1050	49.0
PAS TELLEMENT D'ACCORD	158	7.4	PAS TELLEMENT D'ACCORD	456	21.3
PEUT-ETRE D'ACCORD	356	16.6	PEUT-ETRE D'ACCORD	341	15.9
BIEN D'ACCORD	414	19.3	BIEN D'ACCORD	111	5.2
ENTIEREMENT D'ACCORD	994	46.4	ENTIEREMENT D'ACCORD	98	4.6
SANS OPINION	110	5.1	SANS OPINION	87	4.1
Confiance aux médecins <i>" Les médecins méritent notre confiance "</i>			Contre le mariage <i>" On ne devrait plus se marier "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	54	2.5	PAS DU TOUT D'ACCORD	1493	69.7
PAS TELLEMENT D'ACCORD	181	8.4	PAS TELLEMENT D'ACCORD	293	13.7
PEUT-ETRE D'ACCORD	520	24.3	PEUT-ETRE D'ACCORD	166	7.7
BIEN D'ACCORD	639	29.8	BIEN D'ACCORD	32	1.5
ENTIEREMENT D'ACCORD	644	30.1	ENTIEREMENT D'ACCORD	45	2.1
SANS OPINION	105	4.9	SANS OPINION	114	5.3
Dieu existe <i>" Dieu existe "</i>			Censurer certains livres <i>" Il est nécessaire de censurer certains livres "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	556	25.9	PAS DU TOUT D'ACCORD	1177	54.9
PAS TELLEMENT D'ACCORD	134	6.3	PAS TELLEMENT D'ACCORD	353	16.5
PEUT-ETRE D'ACCORD	533	24.9	PEUT-ETRE D'ACCORD	335	15.6
BIEN D'ACCORD	180	8.4	BIEN D'ACCORD	90	4.2
ENTIEREMENT D'ACCORD	428	20.0	ENTIEREMENT D'ACCORD	87	4.1
SANS OPINION	312	14.6	SANS OPINION	101	4.7
Limiter les héritages <i>" Il faut limiter les héritages "</i>			Respecter les convenances <i>" Il faut respecter les convenances "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	765	35.7	PAS DU TOUT D'ACCORD	134	6.3
PAS TELLEMENT D'ACCORD	299	14.0	PAS TELLEMENT D'ACCORD	151	7.0
PEUT-ETRE D'ACCORD	284	13.3	PEUT-ETRE D'ACCORD	508	23.7
BIEN D'ACCORD	60	2.8	BIEN D'ACCORD	558	26.0
ENTIEREMENT D'ACCORD	91	4.2	ENTIEREMENT D'ACCORD	466	21.7
SANS OPINION	644	30.1	SANS OPINION	326	15.2
Contre la pornographie <i>" On doit lutter énergiquement contre la pornographie "</i>			Chefs inutiles <i>" On peut se passer des chefs "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	442	20.6	PAS DU TOUT D'ACCORD	566	26.4
PAS TELLEMENT D'ACCORD	429	20.0	PAS TELLEMENT D'ACCORD	662	30.9
PEUT-ETRE D'ACCORD	539	25.2	PEUT-ETRE D'ACCORD	457	21.3
BIEN D'ACCORD	193	9.0	BIEN D'ACCORD	103	4.8
ENTIEREMENT D'ACCORD	237	11.1	ENTIEREMENT D'ACCORD	183	8.5
SANS OPINION	303	14.1	SANS OPINION	172	8.0
Pris pour des abrutis à la télévision <i>" Ils nous prennent pour des abrutis à la télévision "</i>			Ordinateurs menacent nos libertés <i>" Les ordinateurs menacent nos libertés "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	65	3.0	PAS DU TOUT D'ACCORD	519	24.2
PAS TELLEMENT D'ACCORD	188	8.8	PAS TELLEMENT D'ACCORD	475	22.2
PEUT-ETRE D'ACCORD	644	30.1	PEUT-ETRE D'ACCORD	649	30.3
BIEN D'ACCORD	482	22.5	BIEN D'ACCORD	173	8.1
ENTIEREMENT D'ACCORD	652	30.4	ENTIEREMENT D'ACCORD	165	7.7
SANS OPINION	112	5.2	SANS OPINION	162	7.6
Pour la famille <i>" La famille doit rester la cellule de base de la société "</i>			Homosexuels comme les autres <i>" Les homosexuels sont des gens comme les autres "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	70	3.3	PAS DU TOUT D'ACCORD	235	11.0
PAS TELLEMENT D'ACCORD	175	8.2	PAS TELLEMENT D'ACCORD	335	15.6
PEUT-ETRE D'ACCORD	377	17.6	PEUT-ETRE D'ACCORD	242	11.3
BIEN D'ACCORD	576	26.9	BIEN D'ACCORD	399	18.6
ENTIEREMENT D'ACCORD	797	37.2	ENTIEREMENT D'ACCORD	851	39.7
SANS OPINION	148	6.9	SANS OPINION	81	3.8

LIBELLE	EFFEC	%
Rétablir la peine de mort <i>" Il faut rétablir la peine de mort "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	569	26.6
PAS TELLEMENT D'ACCORD	159	7.4
PEUT-ETRE D'ACCORD	394	18.4
BIEN D'ACCORD	223	10.4
ENTIEREMENT D'ACCORD	682	31.8
SANS OPINION	116	5.4
Haschisch en vente libre <i>" Le haschisch devrait être en vente libre "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	1321	61.6
PAS TELLEMENT D'ACCORD	224	10.5
PEUT-ETRE D'ACCORD	229	10.7
BIEN D'ACCORD	96	4.5
ENTIEREMENT D'ACCORD	163	7.6
SANS OPINION	110	5.1
Contrôles d'identité indispensables <i>" Les contrôles d'identité sont indispensables "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	202	9.4
PAS TELLEMENT D'ACCORD	304	14.2
PEUT-ETRE D'ACCORD	480	22.4
BIEN D'ACCORD	447	20.9
ENTIEREMENT D'ACCORD	583	27.2
SANS OPINION	127	5.9
Pour des femmes nues à la télé <i>" C'est bien de voir des femmes nues à la télé "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	336	15.7
PAS TELLEMENT D'ACCORD	446	20.8
PEUT-ETRE D'ACCORD	459	21.4
BIEN D'ACCORD	234	10.9
ENTIEREMENT D'ACCORD	285	13.3
SANS OPINION	383	17.9
Prison pour alcool au volant <i>" L'alcool au volant mérite la prison "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	1009	47.1
PAS TELLEMENT D'ACCORD	487	22.7
PEUT-ETRE D'ACCORD	351	16.4
BIEN D'ACCORD	92	4.3
ENTIEREMENT D'ACCORD	107	5.0
SANS OPINION	97	4.5
Punir les toxicomanes <i>" Les toxicomanes doivent être punis "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	105	4.9
PAS TELLEMENT D'ACCORD	232	10.8
PEUT-ETRE D'ACCORD	394	18.4
BIEN D'ACCORD	425	19.8
ENTIEREMENT D'ACCORD	924	43.1
SANS OPINION	63	2.9
Interdire de fumer dans lieux publics <i>" Il faut interdire de fumer dans les lieux publics "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	477	22.3
PAS TELLEMENT D'ACCORD	530	24.7
PEUT-ETRE D'ACCORD	469	21.9
BIEN D'ACCORD	234	10.9
ENTIEREMENT D'ACCORD	300	14.0
SANS OPINION	133	6.2

LIBELLE	EFFEC	%
Piquer dans grandes surfaces <i>" Piquer dans les grandes surfaces c'est pas bien grave "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	301	14.0
PAS TELLEMENT D'ACCORD	316	14.7
PEUT-ETRE D'ACCORD	429	20.0
BIEN D'ACCORD	318	14.8
ENTIEREMENT D'ACCORD	712	33.2
SANS OPINION	67	3.1
La pollution détruira l'humanité <i>" La pollution détruira l'humanité "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	499	23.3
PAS TELLEMENT D'ACCORD	607	28.3
PEUT-ETRE D'ACCORD	398	18.6
BIEN D'ACCORD	268	12.5
ENTIEREMENT D'ACCORD	251	11.7
SANS OPINION	120	5.6
Aider les toxicomanes <i>" Il faut aider les toxicomanes à s'en sortir "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	107	5.0
PAS TELLEMENT D'ACCORD	156	7.3
PEUT-ETRE D'ACCORD	905	42.2
BIEN D'ACCORD	350	16.3
ENTIEREMENT D'ACCORD	438	20.4
SANS OPINION	187	8.7
Punir les blasphémateurs <i>" Ceux qui ridiculisent une religion doivent être punis "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	37	1.7
PAS TELLEMENT D'ACCORD	17	0.8
PEUT-ETRE D'ACCORD	126	5.9
BIEN D'ACCORD	382	17.8
ENTIEREMENT D'ACCORD	1541	71.9
SANS OPINION	40	1.9
Les graffitis, c'est de l'art <i>" Les graffitis sur les murs, c'est de l'Art "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	423	19.7
PAS TELLEMENT D'ACCORD	449	21.0
PEUT-ETRE D'ACCORD	596	27.8
BIEN D'ACCORD	251	11.7
ENTIEREMENT D'ACCORD	306	14.3
SANS OPINION	118	5.5
Homosexuels dangereux pour la société <i>" Les homosexuels sont un danger pour la société "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	936	43.7
PAS TELLEMENT D'ACCORD	462	21.6
PEUT-ETRE D'ACCORD	375	17.5
BIEN D'ACCORD	117	5.5
ENTIEREMENT D'ACCORD	137	6.4
SANS OPINION	116	5.4
Je me sens citoyen européen <i>" Je me sens citoyen européen "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	192	9.0
PAS TELLEMENT D'ACCORD	296	13.8
PEUT-ETRE D'ACCORD	290	13.5
BIEN D'ACCORD	480	22.4
ENTIEREMENT D'ACCORD	642	30.0
SANS OPINION	243	11.3

**ATTITUDES ET OPINIONS SUR
LE SIDA**

**POURCENTAGES
ET
DIFFERENCES ENTRE GROUPES SOCIAUX**

Il s'agit dans ce chapitre consacré au SIDA de présenter les pourcentages globaux obtenus lors de l'enquête réalisée en Mai 1989 ; puis, d'examiner les relations qu'entretiennent les opinions avec les facteurs socio-démographiques et socio-culturels ou certaines caractéristiques des scolaires.

Pour simplifier la lecture et faciliter la synthèse, ces résultats sont présentés par séries homogènes de questions, les séries pouvant entretenir entre elles des relations.

1. **Le SIDA et l'Information**
2. **Les modes de transmission**
3. **Les pratiques sexuelles et leurs images**
4. **La menace perçue**
5. **Le dépistage**
6. **Modification du comportement de l'individu**
7. **Le comportement vis-à-vis des malades**

Dans chaque série, on fournit :

- pour chaque question, les effectifs et les pourcentages dans l'enquête de Mai 1989 associés à chacune des modalités de réponse (tris à plat),

Pour chacune des questions proposées dans l'enquête de Mai 1989, apparaissent successivement :

- le libellé **REDUIT** résumant l'intitulé exact de la question,
- le libellé complet proposé à l'interviewé,
- la liste des modalités de réponse,
- les effectifs et les pourcentages correspondant à chacune des modalités,

Puis, on indique les liaisons significatives au sens du khi-deux qu'entretiennent chaque question avec les variables suivantes : Type de lycée - Stratégie - Elévatel - Sexe Religion - Nombre de partenaires - Connait un malade du sida - Peur du sida - Fait test du sida. Néanmoins, parmi les liaisons significatives, certaines sont triviales, étant créées par les modalités "*non réponse*", "*autre cas*" ou "*ne sait pas*" ; d'autres ne peuvent être calculées (certaines de ces variables ont des modalités à effectifs trop faibles). Pour pallier ce problème, un recodage a été effectué en regroupant ces dernières modalités qui sont "molles" avec la modalité "Non" (les réponses molles peuvent être interprétées comme des réponses négatives).

RECODAGE DES VARIABLES EXPLICATIVES :**RELIGION :**

Sans religion

Catholique non pratiquant

Catholique pratiquant occasionnellement

Catholique pratiquant régulièrement

Autre religion

NOMBRE DE PARTENAIRES :

Un

Deux

Plus de trois

Aucun

Non réponse

PEUR DU SIDA

Oui

Non

FAIT TEST DEPISTAGE

Jamais

Une fois

Plusieurs fois

ATTITUDES ET OPINIONS
Le SIDA et l'information

1. LE SIDA ET L'INFORMATION

LIBELLE	EFFEC	%	LIBELLE	EFFEC	%
<i>" Vous estimez-vous informé sur : "</i>					
Le cancer			Vérité cachée sur le sida <i>" On nous cache la vérité sur le SIDA "</i>		
PAS DU TOUT	164	7.7	PAS DU TOUT D'ACCORD	363	16.9
PAS ASSEZ	1125	52.5	PAS TELLEMENT D'ACCORD	378	17.6
BIEN	684	31.9	PEUT-ETRE D'ACCORD	930	43.4
TRES BIEN	105	4.9	BIEN D'ACCORD	154	7.2
NE SAIT PAS	65	3.0	ENTIEREMENT D'ACCORD	153	7.1
Le réchauffement de l'atmosphère			SANS OPINION		
PAS DU TOUT	440	20.5	Tout dit sur sida <i>" Pensez-vous que l'on dise tout ce que l'on sait sur le sida ? "</i>		
PAS ASSEZ	1042	48.6	PEUT-ETRE	713	33.3
BIEN	479	22.4	OUI	481	22.4
TRES BIEN	111	5.2	NON	800	37.3
NE SAIT PAS	71	3.3	PAS D'IMPORTANCE	29	1.4
Le sida			SANS OPINION		
PAS DU TOUT	21	1.0	Info. obligatoire sur sida à l'école <i>" Il faut rendre obligatoire l'information sur le sida dans les établissements scolaires "</i>		
PAS ASSEZ	548	25.6	PAS DU TOUT D'ACCORD	32	1.5
BIEN	1309	61.1	PAS TELLEMENT D'ACCORD	35	1.6
TRES BIEN	213	9.9	PEUT-ETRE D'ACCORD	154	7.2
NE SAIT PAS	52	2.4	BIEN D'ACCORD	462	21.6
Le nucléaire			ENTIEREMENT D'ACCORD		
PAS DU TOUT	355	16.6	SANS OPINION		
PAS ASSEZ	1162	54.2			
BIEN	445	20.8			
TRES BIEN	122	5.7			
NE SAIT PAS	59	2.8			
Informé en quantité <i>" Pensez-vous être informé sur le sida (en quantité) "</i>					
BEAUCOUP TROP	61	2.8			
TROP	82	3.8			
SUFFISAMENT	1401	65.4			
PAS ASSEZ	513	23.9			
PAS DU TOUT	18	0.8			
NE SAIT PAS	68	3.2			
Informé en qualité <i>" Pensez-vous que l'information que vous avez reçue jusqu'à présent soit en qualité ? "</i>					
TRES BONNE	77	3.6			
BONNE	578	27.0			
ASSEZ BONNE	1011	47.2			
MEDIOCRE	306	14.3			
MAUVAISE	70	3.3			
NE SAIT PAS	101	4.7			

<i>LIBELLE</i>	<i>EFFEC</i>	<i>%</i>	<i>LIBELLE</i>	<i>EFFEC</i>	<i>%</i>
<i>" Pour vous informer sur le sida avez-vous déjà : "</i>			<i>" Avec qui parlez-vous volontiers du sida "</i>		
Interrogé initial			Avec père		
OUI	39	1.8	OUI	964	45.0
NON	2104	98.2	NON	1179	55.0
Consulté des brochures spécialisées			Avec mère		
OUI	1225	57.2	OUI	1391	64.9
NON	918	42.8	NON	752	35.1
Assisté à des conférences			Avec frères		
OUI	755	35.2	OUI	949	44.3
NON	1388	64.8	NON	1194	55.7
Vu un film ou une cassette vidéo			Avec enseignants		
OUI	1317	61.5	OUI	593	27.7
NON	826	38.5	NON	1550	72.3
Regardé une émission TV sur sida			Avec copains		
OUI	1781	83.1	OUI	1698	79.2
NON	362	16.9	NON	445	20.8
			Avec copines		
			OUI	1734	80.9
			NON	409	19.1
			Avec petit(e) ami(e)		
			OUI	1312	61.2
			NON	831	38.8
			Avec autre		
			OUI	631	29.4
			NON	1512	70.6

VARIABLES	TYPE	STRAT	ELTEL	SEXE	RELIG	NBRE	CONAI	PEUR	TEST	TOTAL
LE CANCER	I						I			2
LE RECHAUFFEMENT DE L'ATMOSPHERE	III	II		III	I					4
LE SIDA						I				1
LE NUCLEAIRE	II		II	III	II					4
INFORME EN QUANTITE		II			I					2
INFORME EN QUALITE				II				I		3
VERITE CACHEE SUR LE SIDA	II					II				2
TOUT DIT SUR SIDA					I					1
INFO. OBLIGATOIRE SUR SIDA A L'ECOLE									II	1
INTERROGE MINITEL									II	1
CONSULTE DES BROCHURES SPECIALISEES				III				I		2
ASSISTE A DES CONFERENCES	I									1
VU UN FILM OU UNE CASSETTE VIDEO		III		I						2
REGARDE UNE EMISSION TV SUR SIDA										0
AVEC PERE	I						I			2
AVEC MERE	II			III			I			3
AVEC FRERES				III	I					2
AVEC ENSEIGNANTS	III		I							2
AVEC COPAINS			I	I		III		I		4
AVEC COPINES	I			III	I					3
AVEC PETIT(E) AMI(E)	I					III	II	II	III	5
AVEC AUTRE						III	II			1
TOTAL	10	3	3	9	6	5	5	4	3	48

Significativité des liaisons :

I : à 10^{-2} II : à 10^{-3} III : à 10^{-5} III : à 10^{-10} III : à 10^{-20}

LISTE DES ABREVIATIONS :

TYPE : TYPE DE LYCEE

STRAT : LYCEE OU STRATEGIE

ELTEL : ELEVE ATELIER VIDEO

RELIG : RELIGION

NBRE : NOMBRE DE PARTENAIRES

CONAI : CONNAIT MALADE DU SIDA

PEUR : A PEUR DU SIDA

TEST : A FAIT TEST DE DEPISTAGE

ATTITUDES ET OPINIONS
Les modes de transmission

2. LES MODES DE TRANSMISSION

LIBELLE	EFFEC	%	LIBELLE	EFFEC	%
<i>" On peut attraper le sida...: "</i>					
Par un serrement de main			Avec rasoir d'un porteur		
OUI	14	0.7	OUI	1161	54.2
NON	2080	97.1	NON	623	29.1
NE SAIT PAS	49	2.3	NE SAIT PAS	359	16.8
Avec vaisselle d'un porteur			Dans les toilettes publiques		
OUI	40	1.9	OUI	255	11.9
NON	1960	91.5	NON	1509	70.4
NE SAIT PAS	143	6.7	NE SAIT PAS	379	17.7
A la piscine			Risque pour bébé si mère enceinte malade		
OUI	37	1.7	<i>" Une femme enceinte séropositive peut-elle transmettre la maladie à l'enfant qu'elle porte ? "</i>		
NON	1963	91.6	OUI	1968	91.8
NE SAIT PAS	143	6.7	NON	26	1.2
Lors rapports sexuels avec préservatifs			NE SAIT PAS	149	7.0
OUI	97	4.5			
NON	1949	90.9			
NE SAIT PAS	97	4.5			
Lors rapports sexuels sans préservatif					
OUI	2088	97.4			
NON	35	1.6			
NE SAIT PAS	20	0.9			
En donnant son sang					
OUI	712	33.2			
NON	1335	62.3			
NE SAIT PAS	96	4.5			
En recevant du sang					
OUI	1833	85.5			
NON	248	11.6			
NE SAIT PAS	62	2.9			
Avec des seringues usagées					
OUI	2104	98.2			
NON	23	1.1			
NE SAIT PAS	16	0.7			
Par un baiser					
OUI	97	4.5			
NON	1942	90.6			
NE SAIT PAS	104	4.9			
Chez le dentiste					
OUI	554	25.9			
NON	1302	60.8			
NE SAIT PAS	287	13.4			
Avec brosse à dents d'un porteur					
OUI	606	28.3			
NON	1201	56.0			
NE SAIT PAS	336	15.7			

VARIABLES	TYPE	STRAT	ELTEL	SEXE	RELIG	NBRE	CONAI	PEUR	TEST	TOTAL
PAR UN SERREMENT DE MAIN										0
AVEC VAISSELLE D'UN PORTEUR										0
A LA PISCINE										0
LORS RAPPORTS SEXUELS AVEC PRESERVATIFS										1
LORS RAPPORTS SEXUELS SANS PRESERVATIF										0
EN DONNANT SON SANG										1
EN RECEVANT DU SANG										2
AVEC DES SERINGUES USAGEES										1
PAR UN BAISER										0
CHEZ LE DENTISTE										0
AVEC BROUSSE A DENTS D'UN PORTEUR										2
AVEC RASOIR D'UN PORTEUR										0
DANS LES TOILETTES PUBLIQUES										1
RISQUE POUR BEBE SI MERE ENCEINTE MALADE				■						4
TOTAL	3	1	1	1	0	2	1	1	2	12

Significativité des liaisons :

| : à 10^{-2} || : à 10^{-3} ||| : à 10^{-5} |■ : à 10^{-10} ■ : à 10^{-20}

LISTE DES ABREVIATIONS :

TYPE : TYPE DE LYCEE

ELTEL : ELEVE ATELIER VIDEO

NBRE : NOMBRE DE PARTENAIRES

PEUR : A PEUR DU SIDA

STRAT : LYCEE OU STRATEGIE

RELIG : RELIGION

CONAI : CONNAIT MALADE DU SIDA

TEST : A FAIT TEST DE DEPISTAGE

ATTITUDES ET OPINIONS

Les pratiques sexuelles et leurs images

3. LES PRATIQUES SEXUELLES ET LEURS IMAGES

LIBELLE		EFFEC	%	LIBELLE		EFFEC	%
Nombre de partenaires " Avez-vous déjà eu des rapports sexuels ? "				Le premier rapport sexuel est angoissant " Le premier rapport sexuel, c'est (ou c'était) angoissant "			
UN		490	22.9	PAS DU TOUT D'ACCORD		270	12.6
DEUX		161	7.5	PAS TELLEMENT D'ACCORD		297	13.9
TROIS		88	4.1	PEUT-ETRE D'ACCORD		285	13.3
QUATRE		54	2.5	BIEN D'ACCORD		398	18.6
CINQ		32	1.5	ENTIEREMENT D'ACCORD		481	22.4
PLUS DE SIX		114	5.3	SANS OPINION		412	19.2
AUCUN		821	38.3	Le grand amour, ça existe " Le grand amour, ça existe "			
NON REPONSE		383	17.9	PAS DU TOUT D'ACCORD		52	2.4
Date du 1er rapport sexuel " Si oui, quand avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? "				PAS TELLEMENT D'ACCORD		62	2.9
MOINS DE 6 MOIS		170	7.9	PEUT-ETRE D'ACCORD		428	20.0
MOINS D'1 AN		218	10.2	BIEN D'ACCORD		339	15.8
MOINS D'1 AN 1/2		134	6.3	ENTIEREMENT D'ACCORD		1183	55.2
PLUS D'1 AN 1/2		458	21.4	SANS OPINION		79	3.7
NON REPONSE		1163	54.3	Pas de relations sexuelles sans amour " Pas de relations sexuelles sans amour "			
" Utilisez-vous un moyen de contraception ? "				PAS DU TOUT D'ACCORD		339	15.8
Pas de contraception				PAS TELLEMENT D'ACCORD		342	16.0
OUI		754	35.2	PEUT-ETRE D'ACCORD		273	12.7
NON		1389	64.8	BIEN D'ACCORD		298	13.9
Pilule				ENTIEREMENT D'ACCORD		754	35.2
OUI		368	17.2	SANS OPINION		137	6.4
NON		1775	82.8	Normal d'avoir plusieurs partenaires " C'est normal d'avoir des expériences amoureuses avec différentes personnes "			
Préservatifs				PAS DU TOUT D'ACCORD		187	8.7
OUI		490	22.9	PAS TELLEMENT D'ACCORD		249	11.6
NON		1653	77.1	PEUT-ETRE D'ACCORD		436	20.3
Autre méthode				BIEN D'ACCORD		477	22.3
OUI		75	3.5	ENTIEREMENT D'ACCORD		646	30.1
NON		2068	96.5	SANS OPINION		148	6.9
Non réponse				Pour la fidélité en amour " En amour, il faut savoir rester fidèle à une seule personne "			
OUI		182	8.5	PAS DU TOUT D'ACCORD		105	4.9
NON		1961	91.5	PAS TELLEMENT D'ACCORD		176	8.2
				PEUT-ETRE D'ACCORD		307	14.3
				BIEN D'ACCORD		408	19.0
				ENTIEREMENT D'ACCORD		1043	48.7
				SANS OPINION		104	4.9

LIBELLE	EFFEC	%	LIBELLE	EFFEC	%
Ose demander à petit(e) ami(e) " Oseriez-vous demander à votre petit(e) ami(e) d'utiliser des préservatifs lors d'un rapport sexuel ? "			Préservatifs trop chers " Les préservatifs sont beaucoup trop chers "		
OUI	1639	76.5	PAS DU TOUT D'ACCORD	584	27.3
NON	233	10.9	PAS TELLEMENT D'ACCORD	332	15.5
NE SAIT PAS	271	12.6	PEUT-ETRE D'ACCORD	223	10.4
Ose demander à partenaire occasionnel(le) " Oseriez-vous demander à un(e) partenaire occasionnel(le) d'utiliser des préservatifs lors d'un rapport sexuel ? "			BIEN D'ACCORD		
OUI	1826	85.2	ENTIEREMENT D'ACCORD	406	18.9
NON	91	4.2	SANS OPINION	378	17.6
NE SAIT PAS	226	10.5	Préservatifs inefficaces contre sida " Les préservatifs sont peu efficaces pour éviter le SIDA lors de relations sexuelles "		
Utilisation préservatifs " Avez-vous déjà utilisé des préservatifs ? "			PAS DU TOUT D'ACCORD		
OUI	800	37.3	PAS TELLEMENT D'ACCORD	1019	47.6
NON	1343	62.7	PEUT-ETRE D'ACCORD	496	23.1
<i>" Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? "</i>			BIEN D'ACCORD		
Moyen de contraception			ENTIEREMENT D'ACCORD		
OUI	756	35.3	SANS OPINION	188	8.8
NON	1387	64.7	Préservatifs difficiles d'utilisation " Les préservatifs sont d'utilisation difficile "		
Eviter MST			PAS DU TOUT D'ACCORD		
OUI	616	28.7	PAS TELLEMENT D'ACCORD	636	29.7
NON	1527	71.3	PEUT-ETRE D'ACCORD	467	21.8
Prévenir sida			BIEN D'ACCORD		
OUI	604	28.2	ENTIEREMENT D'ACCORD	250	11.7
NON	1539	71.8	SANS OPINION	131	6.1
Pour essayer			ENTIEREMENT D'ACCORD		
OUI	211	9.8	SANS OPINION	117	5.5
NON	1932	90.2	Gêne pour acheter préservatifs " On est gêné quand on achète des préservatifs "		
Autre raison			PAS DU TOUT D'ACCORD		
OUI	81	3.8	PAS TELLEMENT D'ACCORD	475	22.2
NON	2062	96.2	PEUT-ETRE D'ACCORD	337	15.7
Utilisation préservatif depuis 6 mois " Au cours de ces six derniers mois avez-vous eu recours aux préservatifs lors de vos relations sexuelles ? "			BIEN D'ACCORD		
PAS DE RELATIONS SEXUELLES	902	42.1	ENTIEREMENT D'ACCORD	451	21.0
OUI, DE FACON SYSTEMATIQUE	203	9.5	SANS OPINION	353	16.5
OUI, DE FACON SELECTIVE	196	9.1	Pas de plaisir avec préservatifs " Les préservatifs diminuent le plaisir amoureux "		
JAMAIS	488	22.8	PAS DU TOUT D'ACCORD		
AUTRE REPONSE	354	16.5	PAS TELLEMENT D'ACCORD		
			PEUT-ETRE D'ACCORD		
			BIEN D'ACCORD		
			ENTIEREMENT D'ACCORD		
			SANS OPINION		
			Préservatifs gratuits " Les préservatifs doivent être gratuits "		
			PAS DU TOUT D'ACCORD		
			PAS TELLEMENT D'ACCORD		
			PEUT-ETRE D'ACCORD		
			BIEN D'ACCORD		
			ENTIEREMENT D'ACCORD		
			SANS OPINION		

LIBELLE	EFFEC	%
Préservatifs dans distributeurs <i>" On doit pouvoir se procurer des préservatifs dans les distributeurs "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	36	1.7
PAS TELLEMENT D'ACCORD	36	1.7
PEUT-ETRE D'ACCORD	158	7.4
BIEN D'ACCORD	463	21.6
ENTIEREMENT D'ACCORD	1308	61.0
SANS OPINION	142	6.6
Préservatif rend impuissant <i>" Le préservatif, ça rend impuissant "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	1560	72.8
PAS TELLEMENT D'ACCORD	122	5.7
PEUT-ETRE D'ACCORD	71	3.3
BIEN D'ACCORD	11	0.5
ENTIEREMENT D'ACCORD	23	1.1
SANS OPINION	356	16.8
Pas de préservatif avec la personne aimé <i>" Il est impensable d'utiliser des préservatifs avec la personne qu'on aime "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	746	34.8
PAS TELLEMENT D'ACCORD	416	19.4
PEUT-ETRE D'ACCORD	356	16.6
BIEN D'ACCORD	186	8.7
ENTIEREMENT D'ACCORD	278	13.0
SANS OPINION	161	7.5

VARIABLES	TYPE	STRAT	ELTEL	SEXE	RELIG	NBRE	CONAI	PEUR	TEST	TOTAL
NOMBRE DE PARTENAIRE	■	■	■	■	■	■	■	■	■	8
DATE DU 1ER RAPPORT SEXUEL	■			■	■	■	■	■	■	7
PAS DE CONTRACEPTION	■			■		■				3
PILULE		■		■	■	■	■		■	6
PRESERVATIFS	■			■	■	■		■		5
AUTRE METHODE		■		■		■		■	■	5
NOM REPONSE				■		■				1
LA PREMIER RAPPORT SEXUEL EST ANGOISSANT				■	■	■	■	■	■	6
LE GRAND AMOUR, CA EXISTE	■					■		■	■	4
PAS DE RELATIONS SEXUELLES SANS AMOUR				■	■	■		■		4
NORMAL D'AVOIR PLUSIEURS PARTENAIRE				■	■	■		■		4
POUR LA FIDELITE EN AMOUR	■		■	■	■	■				6
OSE DEMANDER A PETIT(E) AMI(E)				■		■		■	■	4
OSE DEMANDER A PARTENAIRE OCCASIONNEL(LE	■					■		■		3
UTILISATION PRESERVATIFS	■			■	■	■	■	■	■	7
MOYEN DE CONTRACEPTION	■			■	■	■		■		5
EVITER MST	■			■		■		■	■	5
PREVENIR SIDA				■	■	■		■	■	5
POUR ESSAYER				■		■		■	■	4
AUTRE RAISON				■		■			■	3
UTILISATION PRESERVATIF DEPUIS 6 MOIS	■	■		■	■	■	■	■	■	8
PAS DE PRESERVATIF AVEC LA PERSONNE AIME				■		■				2
PRESERVATIFS TROP CHERS		■		■	■	■	■	■		6
PRESERVATIFS INEFFICACES CONTRE SIDA	■					■				2
PRESERVATIFS DIFFICILES D'UTILISATION	■			■		■				3
GENE POUR ACHETER PRESERVATIFS				■	■	■			■	4
PAS DE PLAISIR AVEC PRESERVATIFS	■	■		■		■	■	■		7
PRESERVATIFS GRATUITS					■	■	■			3
PRESERVATIFS DANS DISTRIBUTEURS						■	■	■		0
PRESERVATIF REND IMPUISSANT				■		■	■	■	■	5
TOTAL	14	6	2	24	16	28	10	20	15	135

Significativité des liaisons :

I : à 10^{-2} II : à 10^{-3} III : à 10^{-5} ■ : à 10^{-10} ■ : à 10^{-20}

LISTE DES ABREVIATIONS :

TYPE : TYPE DE LYCEE

STRAT : LYCEE OU STRATEGIE

ELTEL : ELEVE ATELIER VIDEO

RELIG : RELIGION

NBRE : NOMBRE DE PARTENAIRE

CONAI : CONNAIT MALADE DU SIDA

PEUR : A PEUR DU SIDA

TEST : A FAIT TEST DE DEPISTAGE

ATTITUDES ET OPINIONS

La menace perçue

4. LA MENACE

LIBELLE	EFFEC	%	LIBELLE	EFFEC	%
<i>" Vous apprenez que vous êtes séropositif(ve), quelle est votre réaction ? "</i>					
Connaître un séropositif ou un malade <i>" Connaissez-vous personnellement une personne séro-positif ou malade du SIDA ? "</i>			A honte		
OUI	190	8.9	OUI	468	21.8
NON	1953	91.1	NON	1675	78.2
Reconnaître un séropositif <i>" Peut-on toujours reconnaître en la voyant qu'une personne est séropositive ? "</i>			A peur de mourir		
OUI	25	1.2	OUI	1512	70.6
NON	1917	89.5	NON	631	29.4
NE SAIT PAS	201	9.4	Aucune importance		
Risque d'être contaminé <i>" Par rapport à la moyenne des gens, quel est votre risque d'être contaminé par le virus du SIDA ? "</i>			OUI		
PLUS GRAND	141	6.6	NON	254	11.9
LE MEME	977	45.6	1889 88.1		
PLUS FAIBLE	672	31.4	N'a plus de rapports sexuels		
AUCUN RISQUE	353	16.5	OUI	1067	49.8
Peur du SIDA <i>" Compte tenu de vos fréquentations, vous sentez-vous véritablement menacé par le SIDA ? "</i>			NON	1076	50.2
OUI, BEAUCOUP	24	1.1	A peur d'être rejeté		
OUI, UN PEU	421	19.6	OUI	1390	64.9
NON, PAS DU TOUT	1698	79.2	NON	753	35.1
Plus grande catastrophe <i>" Parmi les événements catastrophiques suivants quel est celui qui vous semble le plus effrayant ? "</i>			Prévient son entourage		
BHOPAL	96	4.5	OUI	1606	74.9
TCHERNOBYL	536	25.0	NON	537	25.1
SIDA	709	33.1	Pas juste donc contamine max de personne		
SEVESO	14	0.7	OUI	93	4.3
ARMENIE	269	12.6	NON	2050	95.7
ALASKA	209	9.8	Autre chose		
AUTRE	310	14.5	OUI	434	20.3
			NON	1709	79.7

LIBELLE	EFFEC	%	LIBELLE	EFFEC	%
On guérira bientôt du sida <i>" On guérira bientôt du SIDA "</i>			Sida peut être évité <i>" Le sida est une maladie que l'on peut éviter "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	110	5.1	PAS DU TOUT D'ACCORD	34	1.8
PAS TELLEMENT D'ACCORD	251	11.7	PAS TELLEMENT D'ACCORD	231	10.8
PEUT-ETRE D'ACCORD	1136	53.0	PEUT-ETRE D'ACCORD	511	23.8
BIEN D'ACCORD	250	11.7	BIEN D'ACCORD	583	27.2
ENTIEREMENT D'ACCORD	168	7.8	ENTIEREMENT D'ACCORD	752	35.1
SANS OPINION	228	10.6	SANS OPINION	32	1.5
Sida peut être guéri <i>" Le sida est aujourd'hui une maladie guérissable "</i>			Dizaines de milliers de morts par sida <i>" En France des dizaines de milliers de gens vont mourir du SIDA "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	1331	62.1	PAS DU TOUT D'ACCORD	131	6.1
PAS TELLEMENT D'ACCORD	496	23.1	PAS TELLEMENT D'ACCORD	203	9.5
PEUT-ETRE D'ACCORD	229	10.7	PEUT-ETRE D'ACCORD	802	37.4
BIEN D'ACCORD	19	0.9	BIEN D'ACCORD	307	14.3
ENTIEREMENT D'ACCORD	18	0.8	ENTIEREMENT D'ACCORD	251	11.7
SANS OPINION	50	2.3	SANS OPINION	449	21.0
Epidémie sida peut être stoppée <i>" L'épidémie du sida peut être stoppée "</i>					
PAS DU TOUT D'ACCORD	253	11.8			
PAS TELLEMENT D'ACCORD	468	21.8			
PEUT-ETRE D'ACCORD	856	39.9			
BIEN D'ACCORD	248	11.6			
ENTIEREMENT D'ACCORD	211	9.8			
SANS OPINION	107	5.0			

VARIABLES	TYPE	STRAT	ELTEL	SEXE	RELIG	NBRE	CONAI	PEUR	TEST	TOTAL
CONNAITRE UN SEROPOSITIF OU UN MALADE										3
PEUR DU SIDA						■				4
RECONNAITRE UN SEROPOSITIF										1
RISQUE D'ETRE CONTAMINE								■		3
PLUS GRANDE CATASTROPHE				■						3
A HONTE										3
A PEUR DE MOURIR				■						4
AUCUNE IMPORTANCE										1
N'A PLUS DE RAPPORTS SEXUELS										3
A PEUR D'ETRE REJETE										2
PREVIENT SON ENTOURAGE										3
PAS JUSTE DONC CONTAMINE MAX DE PERSONNE										4
AUTRE CHOSE										1
ON GUERIRA BIENTOT DU SIDA										2
SIDA PEUT ETRE GUERI										2
EPIDEMIE SIDA PEUT ETRE STOPPEE										2
SIDA PEUT ETRE EVITE										3
DIZAINES DE MILLIERS DE MORTS PAR SIDA										1
TOTAL	9	2	1	12	4	7	3	4	3	45

Significativité des liaisons :

| : à 10^{-2} || : à 10^{-3} ||| : à 10^{-5} ||■ : à 10^{-10} ■ : à 10^{-20}

LISTE DES ABREVIATIONS :

TYPE : TYPE DE LYCEE

STRAT : LYCEE OU STRATEGIE

ELTEL : ELEVE ATELIER VIDEO

RELIG : RELIGION

NBRE : NOMBRE DE PARTENAIRES

CONAI : CONNAIT MALADE DU SIDA

PEUR : A PEUR DU SIDA

TEST : A FAIT TEST DE DEPISTAGE

ATTITUDES ET OPINIONS

Le dépistage

5. LE DEPISTAGE

LIBELLE	EFFEC	%
Connaissance endroit test		
<i>" Savez-vous où l'on peut se faire pratiquer un test de dépistage du sida ? "</i>		
OUI	1392	65.0
NON	751	35.0
Désir de connaître endroit		
<i>" Sinon souhaiteriez-vous savoir où l'on peut se faire pratiquer ces tests ? "</i>		
OUI	995	46.4
NON	171	8.0
NE SAIT PAS	977	45.6
Test de dépistage		
<i>" Vous même (lors d'un don de sang ou à toute autre occasion), avez-vous déjà fait le test du dépistage du SIDA ? "</i>		
JAMAIS	1903	88.8
UNE FOIS	146	6.8
PLUSIEURS FOIS	46	2.1
NON REPONSE	48	2.2
Dépistage du sida obligatoire pour tous		
<i>" Le dépistage du SIDA doit être rendu obligatoire pour toute la population "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	122	5.7
PAS TELLEMENT D'ACCORD	204	9.5
PEUT-ETRE D'ACCORD	472	22.0
BIEN D'ACCORD	433	20.2
ENTIEREMENT D'ACCORD	791	36.9
SANS OPINION	121	5.6

VARIABLES	TYPE	STRAT	ELTEL	SEXE	RELIG	NBRE	CONAI	PEUR	TEST	TOTAL
CONNAISSANCE ENDROIT TEST									■	3
DESIR DE CONNAITRE ENDROIT										4
TEST DE DEPISTAGE						■				3
DEPISTAGE DU SIDA OBLIGATOIRE POUR TOUS										2
TOTAL	1	0	0	1	2	3	2	1	2	12

Significativité des liaisons :

| : à 10^{-2}

|| : à 10^{-3}

||| : à 10^{-5}

||■ : à 10^{-10}

■ : à 10^{-20}

LISTE DES ABREVIATIONS :

TYPE : TYPE DE LYCEE

STRAT : LYCEE OU STRATEGIE

ELTEL : ELEVE ATELIER VIDEO

RELIG : RELIGION

NBRE : NOMBRE DE PARTENAIRES

CONAI : CONNAIT MALADE DU SIDA

PEUR : A PEUR DU SIDA

TEST : A FAIT TEST DE DEPISTAGE

ATTITUDES ET OPINIONS

Modification du comportement de l'individu

6. MODIFICATION DU COMPORTEMENT DE L'INDIVIDU

LIBELLE	EFFEC	%
Modification comportement		
<i>" D'une façon générale, au cours des six derniers mois, avez-vous l'impression d'avoir changé certains de vos comportements personnels par crainte du SIDA ? "</i>		
OUI	327	15.3
NON	1587	74.1
NE SAIT PAS	229	10.7
Pas de rapports sexuels à cause du sida		
<i>" Je ne tiens pas à avoir de rapports sexuels à cause du sida "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	1543	72.0
PAS TELLEMENT D'ACCORD	308	14.4
PEUT-ETRE D'ACCORD	88	3.2
BIEN D'ACCORD	27	1.3
ENTIEREMENT D'ACCORD	31	1.4
SANS OPINION	166	7.7

VARIABLES	TYPE	STRAT	ELTEL	SEXE	RELIG	NBRE	CONAI	PEUR	TEST	TOTAL
MODIFICATION COMPORTEMENT PAS DE RAPPORTS SEXUELS A CAUSE DU SIDA						■	■	■	■	4 0
TOTAL	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4

Significativité des liaisons :

■ : à 10^{-2}

■■ : à 10^{-3}

■■■ : à 10^{-5}

■■■■ : à 10^{-10}

■■■■■ : à 10^{-20}

LISTE DES ABREVIATIONS :

TYPE : TYPE DE LYCEE

STRAT : LYCEE OU STRATEGIE

ELTEL : ELEVE ATELIER VIDEO

RELIG : RELIGION

NBRE : NOMBRE DE PARTENAIRES

CONAI : CONNAIT MALADE DU SIDA

PEUR : A PEUR DU SIDA

TEST : A FAIT TEST DE DEPISTAGE

ATTITUDES ET OPINIONS

Le comportement vis-à-vis des malades

7. LE COMPORTEMENT VIS-A-VIS DES MALADES

LIBELLE	EFFEC	%
Les séropositifs ont ce qu'ils méritent <i>" Ceux qui sont séropositifs n'ont que ce qu'ils méritent "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	1432	66.8
PAS TELLEMENT D'ACCORD	406	18.9
PEUT-ETRE D'ACCORD	156	7.3
BIEN D'ACCORD	25	1.2
ENTIEREMENT D'ACCORD	30	1.4
SANS OPINION	94	4.4
Isoler les malades du sida <i>" Il faut isoler les malades du SIDA "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	1009	47.1
PAS TELLEMENT D'ACCORD	487	22.7
PEUT-ETRE D'ACCORD	351	16.4
BIEN D'ACCORD	92	4.3
ENTIEREMENT D'ACCORD	107	5.0
SANS OPINION	97	4.5
Tatouer les malades du sida <i>" Il faut marquer d'un tatouage les personnes atteintes du sida "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	1693	79.0
PAS TELLEMENT D'ACCORD	162	7.6
PEUT-ETRE D'ACCORD	100	4.7
BIEN D'ACCORD	38	1.8
ENTIEREMENT D'ACCORD	79	3.7
SANS OPINION	71	3.3
Empêcher les malades d'avoir des enfants <i>" Il faut empêcher tous les malades du sida d'avoir des enfants "</i>		
PAS DU TOUT D'ACCORD	237	11.1
PAS TELLEMENT D'ACCORD	284	13.3
PEUT-ETRE D'ACCORD	364	17.0
BIEN D'ACCORD	288	13.4
ENTIEREMENT D'ACCORD	793	37.0
SANS OPINION	177	8.3

VARIABLES	TYPE	STRAT	ELTEL	SEXE	RELIG	NBRE	CONAI	PEUR	TEST	TOTAL
LES SEROPOSITIFS ONT CE QU'ILS MERITENT										2
ISOLER LES MALADES DU SIDA										3
TATOUER LES MALADES DU SIDA										2
EMPECHER LES MALADES D'AVOIR DES ENFANTS										1
TOTAL	1	0	0	4	3	0	0	0	0	8

Significativité des liaisons :

| : à 10^{-2}

|| : à 10^{-3}

||| : à 10^{-5}

|||| : à 10^{-10}

||||| : à 10^{-20}

LISTE DES ABREVIATIONS :

TYPE : TYPE DE LYCEE

STRAT : LYCEE OU STRATEGIE

ELTEL : ELEVE ATELIER VIDEO

RELIG : RELIGION

NBRE : NOMBRE DE PARTENAIRES

CONAI : CONNAIT MALADE DU SIDA

PEUR : A PEUR DU SIDA

TEST : A FAIT TEST DE DEPISTAGE

VARIABLES	TYPE	STRAT	ELTEL	SEXE	RELIG	NBRE	CONAI	PEUR	TEST	TOTAL
LES SEROPOSITIFS ONT CE QU'ILS MERITENT										2
ISOLER LES MALADES DU SIDA										3
TATOUER LES MALADES DU SIDA										2
EMPECHER LES MALADES D'AVOIR DES ENFANTS										1
TOTAL	1	0	0	4	3	0	0	0	0	8

Significativité des liaisons :

| : à 10^{-2} || : à 10^{-3} ||| : à 10^{-5} ||■ : à 10^{-10} ■ : à 10^{-20}

LISTE DES ABREVIATIONS :

TYPE : TYPE DE LYCEE

STRAT : LYCEE OU STRATEGIE

ELTEL : ELEVE ATELIER VIDEO

RELIG : RELIGION

NBRE : NOMBRE DE PARTENAIRES

CONAI : CONNAIT MALADE DU SIDA

PEUR : A PEUR DU SIDA

TEST : A FAIT TEST DE DEPISTAGE

LES CORRÉLATIONS

1. LES PRINCIPALES CORRELATIONS

Sont donnés pour chacune des 50 questions type "thème de conflit":

- . les effectifs obtenus pour chacune des 5 modalités de réponse ;
- . la moyenne (m) calculée sur les notes de 1 à 5 attribuées à ces modalités ;
- . l'écart-type (s) ;
- . le coefficient de corrélation multiple (r) qui donne une idée sur la liaison qu'entretient le thème avec l'ensemble des autres thèmes ;
- . la liste des dix thèmes qui lui sont le plus corrélés et la valeur de la corrélation correspondante.

**** 1 : Sida peut être évité**

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	34	Epidémie sida peut être stoppée	0.251
Modalité 2 :	231	Préservatifs inefficaces contre sida	-0.140
Modalité 3 :	516	Vérité cachée sur le sida	-0.121
Modalité 4 :	610	On guérira bientôt du sida	0.118
Modalité 5 :	752	Pour la fidélité en amour	0.102
Moyenne :	3.847	Prison pour alcool au volant	0.089
Ec.type :	1.069	Préservatif rend impuissant	-0.085
c.c.m. :	0.381	Le grand amour, ça existe	0.085
		Sida peut être guéri	0.082
		Confiance aux médecins	0.072

**** 2 : Sida peut être guéri**

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	1356	Epidémie sida peut être stoppée	0.186
Modalité 2 :	521	On guérira bientôt du sida	0.151
Modalité 3 :	229	Préservatif rend impuissant	0.103
Modalité 4 :	19	Punir les toxicomanes	0.102
Modalité 5 :	18	Censurer certains livres	0.095
Moyenne :	1.517	Vérité cachée sur le sida	0.091
Ec.type :	0.786	Sida peut être évité	0.082
c.c.m. :	0.351	Libéraliser l'avortement	-0.081
		Dizaines de milliers de morts par sida	-0.079
		Homosexuels dangereux pour la société	0.077

**** 3 : Epidémie sida peut être stoppée**

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	253	Sida peut être évité	0.251
Modalité 2 :	484	On guérira bientôt du sida	0.219
Modalité 3 :	947	Sida peut être guéri	0.186
Modalité 4 :	248	Villes sans voiture	0.085
Modalité 5 :	211	Interdire de fumer dans lieux publics	0.080
Moyenne :	2.851	Préservatifs inefficaces contre sida	-0.074
Ec.type :	1.089	Pas de rapports sexuels à cause du sida	-0.064
c.c.m. :	0.398	Isoler les malades du sida	-0.062
		Dizaines de milliers de morts par sida	-0.052
		Pas de préservatif avec la personne aimé	-0.050

**** 4 : Tatouer les malades du sida**

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	1737	Isoler les malades du sida	0.460
Modalité 2 :	189	Homosexuels dangereux pour la société	0.278
Modalité 3 :	100	Homosexuels comme les autres	-0.264
Modalité 4 :	38	Les séropositifs ont ce qu'ils méritent	0.215
Modalité 5 :	79	Aider les toxicomanes	-0.213
Moyenne :	1.382	Rétablir la peine de mort	0.204
Ec.type :	0.937	Empêcher les malades d'avoir des enfants	0.184
c.c.m. :	0.533	Pour des femmes nues à la télé	0.161
		Punir les toxicomanes	0.147
		Vérité cachée sur le sida	0.139

**** 5 : Empêcher les malades d'avoir des enfants**

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	237	Isoler les malades du sida	0.236
Modalité 2 :	284	Rétablir la peine de mort	0.198
Modalité 3 :	441	Dépistage du sida obligatoire pour tous	0.196
Modalité 4 :	388	Tatouer les malades du sida	0.184
Modalité 5 :	793	Homosexuels dangereux pour la société	0.164
Moyenne :	3.567	Contrôles d'identité indispensables	0.146
Ec.type :	1.383	Homosexuels comme les autres	-0.134
c.c.m. :	0.388	Punir les toxicomanes	0.130
		Pour la famille	0.120
		Dizaines de milliers de morts par sida	0.099

**** 6 : Info. obligatoire sur sida à l'école**

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	32	Dépistage du sida obligatoire pour tous	0.181
Modalité 2 :	35	Aider les toxicomanes	0.115
Modalité 3 :	154	Je me sens citoyen européen	0.100
Modalité 4 :	483	Prison pour alcool au volant	0.092
Modalité 5 :	1439	Préservatifs dans distributeurs	0.090
Moyenne :	4.522	Pour la fidélité en amour	0.086
Ec.type :	0.819	Confiance aux médecins	0.078
c.c.m. :	0.328	Respecter les convenances	0.077
		Dizaines de milliers de morts par sida	0.077
		Haschisch en vente libre	-0.077

**** 7 : Libéraliser l'avortement**

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	111	Dieu existe	-0.229
Modalité 2 :	158	Homosexuels comme les autres	0.196
Modalité 3 :	357	Censurer certains livres	-0.167
Modalité 4 :	523	Contre la pornographie	-0.156
Modalité 5 :	994	Pour la famille	-0.155
Moyenne :	3.994	Homosexuels dangereux pour la société	-0.150
Ec.type :	1.180	Normal d'avoir plusieurs partenaires	0.146
c.c.m. :	0.397	Préservatifs dans distributeurs	0.140
		Punir les blasphémateurs	-0.130
		Les séropositifs ont ce qu'ils méritent	-0.121

**** 8 : Confiance aux médecins**

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	54	Vérité cachée sur le sida	-0.161
Modalité 2 :	181	On guérira bientôt du sida	0.137
Modalité 3 :	541	Aider les toxicomanes	0.115
Modalité 4 :	723	Je me sens citoyen européen	0.102
Modalité 5 :	644	Préservatif rend impuissant	-0.100
Moyenne :	3.804	Contre le mariage	-0.085
Ec.type :	1.039	Pris pour des abrutis à la télévision	-0.082
c.c.m. :	0.335	Haschisch en vente libre	-0.082
		Info, obligatoire sur sida à l'école	0.078
		Préservatifs inefficaces contre sida	-0.078

**** 9 : Dieu existe**

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	556	Punir les blasphémateurs	0.286
Modalité 2 :	170	Pour la famille	0.240
Modalité 3 :	809	Libéraliser l'avortement	-0.229
Modalité 4 :	180	Censurer certains livres	0.170
Modalité 5 :	428	Pour la fidélité en amour	0.167
Moyenne :	2.885	Homosexuels dangereux pour la société	0.165
Ec.type :	1.409	Contre la pornographie	0.165
c.c.m. :	0.444	Homosexuels comme les autres	-0.150
		Normal d'avoir plusieurs partenaires	-0.143
		Haschisch en vente libre	-0.139

**** 10 : Limiter les héritages**

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	803	Rétablir la peine de mort	-0.123
Modalité 2 :	905	Pas de rapports sexuels à cause du sida	0.098
Modalité 3 :	284	Contrôles d'identité indispensables	-0.096
Modalité 4 :	60	Normal d'avoir plusieurs partenaires	-0.092
Modalité 5 :	91	Contre la pornographie	0.086
Moyenne :	1.941	Censurer certains livres	0.068
Ec.type :	0.999	Homosexuels comme les autres	0.063
c.c.m. :	0.276	Chefs inutiles	0.063
		Contre le mariage	0.059
		Piquer dans grandes surfaces	0.054

** 11 : Contre la pornographie

HISTOGRAMME

Modalité 1 : 442
 Modalité 2 : 536
 Modalité 3 : 735
 Modalité 4 : 193
 Modalité 5 : 237
 Moyenne : 2.649
 Ec.type : 1.218
 c.c.m. : 0.609

PRINCIPALES CORRELATIONS

Pour des femmes nues à la télé -0.498
 Censurer certains livres 0.326
 Pas de relations sexuelles sans amour 0.276
 Normal d'avoir plusieurs partenaires -0.259
 Haschisch en vente libre -0.255
 Pour la fidélité en amour 0.252
 Les graffitis, c'est de l'art -0.197
 Piquer dans grandes surfaces -0.171
 Dieu existe 0.165
 Pour la famille 0.163

** 12 : Pris pour des abrutis à la télévision

HISTOGRAMME

Modalité 1 : 65
 Modalité 2 : 188
 Modalité 3 : 676
 Modalité 4 : 562
 Modalité 5 : 652
 Moyenne : 3.722
 Ec.type : 1.080
 c.c.m. : 0.349

PRINCIPALES CORRELATIONS

Vérité cachée sur le sida 0.174
 La pollution détruira l'humanité 0.132
 Haschisch en vente libre 0.127
 Préservatifs gratuits 0.122
 Préservatifs trop chers 0.113
 Villes sans voiture 0.105
 Les graffitis, c'est de l'art 0.104
 Préservatifs difficiles d'utilisation 0.099
 Normal d'avoir plusieurs partenaires 0.090
 Ordinateurs menacent nos libertés 0.084

** 13 : Pour la famille

HISTOGRAMME

Modalité 1 : 70
 Modalité 2 : 175
 Modalité 3 : 388
 Modalité 4 : 713
 Modalité 5 : 797
 Moyenne : 3.929
 Ec.type : 1.081
 c.c.m. : 0.478

PRINCIPALES CORRELATIONS

Dieu existe 0.240
 Pour la fidélité en amour 0.238
 Contrôles d'identité indispensables 0.207
 Respecter les convenances 0.206
 Homosexuels dangereux pour la société 0.203
 Contre le mariage -0.200
 Haschisch en vente libre -0.200
 Punir les toxicomanes 0.189
 Homosexuels comme les autres -0.183
 Censurer certains livres 0.176

** 14 : Villes sans voiture

HISTOGRAMME

Modalité 1 : 1059
 Modalité 2 : 534
 Modalité 3 : 341
 Modalité 4 : 111
 Modalité 5 : 98
 Moyenne : 1.906
 Ec.type : 1.124
 c.c.m. : 0.412

PRINCIPALES CORRELATIONS

Interdire de fumer dans lieux publics 0.208
 La pollution détruira l'humanité 0.157
 Contre le mariage 0.155
 Ordinateurs menacent nos libertés 0.132
 Rétablir la peine de mort -0.115
 Pris pour des abrutis à la télévision 0.105
 Prison pour alcool au volant 0.093
 Préservatifs trop chers 0.089
 Epidémie sida peut être stoppée 0.085
 Préservatifs difficiles d'utilisation 0.081

** 15 : Contre le mariage

HISTOGRAMME

Modalité 1 : 1557
 Modalité 2 : 343
 Modalité 3 : 166
 Modalité 4 : 32
 Modalité 5 : 45
 Moyenne : 1.444
 Ec.type : 0.862
 c.c.m. : 0.414

PRINCIPALES CORRELATIONS

- Pour la fidélité en amour -0.231
 Le grand amour, ça existe -0.207
 Pour la famille -0.200
 Haschisch en vente libre 0.182
 Villes sans voiture 0.155
 Contrôles d'identité indispensables -0.152
 Respecter les convenances -0.134
 Les graffitis, c'est de l'art 0.126
 Dieu existe -0.116
 Normal d'avoir plusieurs partenaires 0.114

** 16 : Censurer certains livres

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	1197	Contre la pornographie	0.326
Modalité 2 :	434	Homosexuels dangereux pour la société	0.235
Modalité 3 :	335	Punir les blasphémateurs	0.233
Modalité 4 :	90	Punir les toxicomanes	0.192
Modalité 5 :	87	Haschisch en vente libre	-0.190
Moyenne :	1.804	Pour la fidélité en amour	0.186
Ec.type :	1.100	Pour des femmes nues à la télé	-0.183
c.c.m. :	0.488	Homosexuels comme les autres	-0.178
		Pour la famille	0.176
		Contrôles d'identité indispensables	0.172

** 17 : Respecter les convenances

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	134	Pour la fidélité en amour	0.216
Modalité 2 :	151	Pour la famille	0.206
Modalité 3 :	642	Contrôles d'identité indispensables	0.187
Modalité 4 :	750	Haschisch en vente libre	-0.182
Modalité 5 :	466	Contre la pornographie	0.135
Moyenne :	3.589	Dépistage du sida obligatoire pour tous	0.135
Ec.type :	1.092	Punir les blasphémateurs	0.135
c.c.m. :	0.375	Contre le mariage	-0.134
		Censurer certains livres	0.129
		Piquer dans grandes surfaces	-0.127

** 18 : Chefs inutiles

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	566	Les graffitis, c'est de l'art	0.156
Modalité 2 :	778	Contrôles d'identité indispensables	-0.131
Modalité 3 :	513	Homosexuels comme les autres	0.130
Modalité 4 :	103	Ordinateurs menacent nos libertés	0.118
Modalité 5 :	183	Préservatifs gratuits	0.115
Moyenne :	2.328	Contre le mariage	0.114
Ec.type :	1.165	Respecter les convenances	-0.110
c.c.m. :	0.336	Haschisch en vente libre	0.110
		Interdire de fumer dans lieux publics	-0.097
		Je me sens citoyen européen	-0.092

** 19 : Ordinateurs menacent nos libertés

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	519	La pollution détruira l'humanité	0.206
Modalité 2 :	558	Villes sans voiture	0.132
Modalité 3 :	728	Chefs inutiles	0.118
Modalité 4 :	173	Censurer certains livres	0.117
Modalité 5 :	165	Contre la pornographie	0.110
Moyenne :	2.490	Pour des femmes nues à la télé	-0.103
Ec.type :	1.165	Vérité cachée sur le sida	0.102
c.c.m. :	0.350	Pris pour des abrutis à la télévision	0.084
		Contre le mariage	0.083
		Dépistage du sida obligatoire pour tous	0.071

** 20 : Homosexuels comme les autres

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	235	Homosexuels dangereux pour la société	-0.582
Modalité 2 :	335	Isoler les malades du sida	-0.368
Modalité 3 :	273	Rétablir la peine de mort	-0.277
Modalité 4 :	449	Tatouer les malades du sida	-0.264
Modalité 5 :	851	Punir les toxicomanes	-0.243
Moyenne :	3.628	Les séropositifs ont ce qu'ils méritent	-0.233
Ec.type :	1.414	Aider les toxicomanes	0.211
c.c.m. :	0.652	Libéraliser l'avortement	0.196
		Pour la famille	-0.183
		Censurer certains livres	-0.178

** 21 : Rétablir la peine de mort

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	569	Homosexuels dangereux pour la société	0.316
Modalité 2 :	159	Punir les toxicomanes	0.300
Modalité 3 :	494	Contrôles d'identité indispensables	0.295
Modalité 4 :	239	Isoler les malades du sida	0.281
Modalité 5 :	682	Homosexuels comme les autres	-0.277
Moyenne :	3.143	Tatouer les malades du sida	0.204
Ec.type :	1.581	Empêcher les malades d'avoir des enfants	0.198
c.c.m. :	0.526	Dépistage du sida obligatoire pour tous	0.192
		Pour la famille	0.175
		Aider les toxicomanes	-0.172

** 22 : Haschisch en vente libre

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	1344	Les graffitis, c'est de l'art	0.324
Modalité 2 :	311	Pour la fidélité en amour	-0.277
Modalité 3 :	229	Contre la pornographie	-0.255
Modalité 4 :	96	Pour des femmes nues à la télé	0.244
Modalité 5 :	163	Piquer dans grandes surfaces	0.231
Moyenne :	1.798	Punir les toxicomanes	-0.230
Ec.type :	1.248	Pas de relations sexuelles sans amour	-0.221
c.c.m. :	0.547	Contrôles d'identité indispensables	-0.214
		Normal d'avoir plusieurs partenaires	0.200
		Pour la famille	-0.200

** 23 : Contrôles d'identité indispensables

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	202	Rétablir la peine de mort	0.295
Modalité 2 :	304	Punir les toxicomanes	0.241
Modalité 3 :	550	Dépistage du sida obligatoire pour tous	0.219
Modalité 4 :	504	Haschisch en vente libre	-0.214
Modalité 5 :	583	Pour la famille	0.207
Moyenne :	3.449	Homosexuels dangereux pour la société	0.199
Ec.type :	1.281	Respecter les convenances	0.187
c.c.m. :	0.485	Pour la fidélité en amour	0.180
		Censurer certains livres	0.172
		Isoler les malades du sida	0.166

** 24 : Pour des femmes nues à la télé

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	336	Contre la pornographie	-0.498
Modalité 2 :	515	Pas de relations sexuelles sans amour	-0.296
Modalité 3 :	773	Normal d'avoir plusieurs partenaires	0.257
Modalité 4 :	234	Pour la fidélité en amour	-0.245
Modalité 5 :	285	Haschisch en vente libre	0.244
Moyenne :	2.821	Piquer dans grandes surfaces	0.188
Ec.type :	1.215	Les graffitis, c'est de l'art	0.185
c.c.m. :	0.611	Censurer certains livres	-0.183
		Tatouer les malades du sida	0.161
		Préservatifs trop chers	0.160

** 25 : Isoler les malades du sida

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	1017	Tatouer les malades du sida	0.460
Modalité 2 :	576	Homosexuels dangereux pour la société	0.381
Modalité 3 :	351	Homosexuels comme les autres	-0.368
Modalité 4 :	92	Rétablir la peine de mort	0.281
Modalité 5 :	107	Punir les toxicomanes	0.256
Moyenne :	1.925	Les séropositifs ont ce qu'ils méritent	0.243
Ec.type :	1.120	Empêcher les malades d'avoir des enfants	0.236
c.c.m. :	0.602	Aider les toxicomanes	-0.186
		Contrôles d'identité indispensables	0.166
		Vérité cachée sur le sida	0.141

** 26 : Prison pour alcool au volant

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	105	Interdire de fumer dans lieux publics	0.228
Modalité 2 :	232	Punir les toxicomanes	0.163
Modalité 3 :	402	Contrôles d'identité indispensables	0.158
Modalité 4 :	480	Haschisch en vente libre	-0.139
Modalité 5 :	924	Pour la fidélité en amour	0.131
Moyenne :	3.880	Pour la famille	0.130
Ec.type :	1.216	Villes sans voiture	0.093
c.c.m. :	0.383	Rétablir la peine de mort	0.093
		Info. obligatoire sur sida à l'école	0.092
		Dépistage du sida obligatoire pour tous	0.091

** 27 : Punir les toxicomanes

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	477	Homosexuels dangereux pour la société	0.329
Modalité 2 :	574	Rétablir la peine de mort	0.300
Modalité 3 :	558	Isoler les malades du sida	0.256
Modalité 4 :	234	Homosexuels comme les autres	-0.243
Modalité 5 :	300	Contrôles d'identité indispensables	0.241
Moyenne :	2.676	Haschisch en vente libre	-0.230
Ec.type :	1.312	Punir les blasphémateurs	0.221
c.c.m. :	0.537	Les séropositifs ont ce qu'ils méritent	0.205
		Censurer certains livres	0.192
		Pour la famille	0.189

** 30 : Interdire de fumer dans lieux publics

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	301	Prison pour alcool au volant	0.228
Modalité 2 :	316	Villes sans voiture	0.208
Modalité 3 :	470	Haschisch en vente libre	-0.187
Modalité 4 :	344	Pour la famille	0.163
Modalité 5 :	712	Punir les toxicomanes	0.149
Moyenne :	3.397	Pour la fidélité en amour	0.135
Ec.type :	1.429	Contrôles d'identité indispensables	0.133
c.c.m. :	0.427	Les graffitis, c'est de l'art	-0.122
		Homosexuels comme les autres	-0.111
		Homosexuels dangereux pour la société	0.105

** 29 : Piquer dans grandes surfaces

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	499	Haschisch en vente libre	0.231
Modalité 2 :	657	Les graffitis, c'est de l'art	0.198
Modalité 3 :	468	Pour des femmes nues à la télé	0.188
Modalité 4 :	268	Contre la pornographie	-0.171
Modalité 5 :	251	Pour la fidélité en amour	-0.168
Moyenne :	2.587	Pas de relations sexuelles sans amour	-0.155
Ec.type :	1.289	Contrôles d'identité indispensables	-0.140
c.c.m. :	0.378	Normal d'avoir plusieurs partenaires	0.135
		Respecter les convenances	-0.127
		Préservatifs trop chers	0.121

** 30 : Pour la fidélité en amour

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	105	Normal d'avoir plusieurs partenaires	-0.361
Modalité 2 :	176	Pas de relations sexuelles sans amour	0.331
Modalité 3 :	307	Le grand amour, ça existe	0.304
Modalité 4 :	509	Haschisch en vente libre	-0.277
Modalité 5 :	1046	Contre la pornographie	0.252
Moyenne :	4.034	Pour des femmes nues à la télé	-0.245
Ec.type :	1.183	Pour la famille	0.238
c.c.m. :	0.601	Contre le mariage	-0.231
		Les graffitis, c'est de l'art	-0.231
		Respecter les convenances	0.216

** 31 : La pollution détruira l'humanité

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	107	Ordinateurs menacent nos libertés	0.206
Modalité 2 :	156	Villes sans voiture	0.157
Modalité 3 :	1011	Dizaines de milliers de morts par sida	0.137
Modalité 4 :	431	Pris pour des abrutis à la télévision	0.132
Modalité 5 :	438	Dépistage du sida obligatoire pour tous	0.108
Moyenne :	3.437	Vérité cachée sur le sida	0.106
Ec.type :	1.049	Préservatifs gratuits	0.090
c.c.m. :	0.351	La premier rapport sexuel est angoissant	0.070
		Sida peut être évité	-0.068
		Rétablir la peine de mort	0.067

** 32 : Aider les toxicomanes

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	37	Les séropositifs ont ce qu'ils méritent	-0.220
Modalité 2 :	17	Tatouer les malades du sida	-0.213
Modalité 3 :	126	Homosexuels comme les autres	0.211
Modalité 4 :	398	Homosexuels dangereux pour la société	-0.207
Modalité 5 :	1565	Isoler les malades du sida	-0.186
Moyenne :	4.604	Punir les toxicomanes	-0.182
Ec.type :	0.782	Rétablir la peine de mort	-0.172
c.c.m. :	0.441	Pour des femmes nues à la télé	-0.139
		Pour la fidélité en amour	0.124
		Confiance aux médecins	0.115

** 33 : Punir les blasphémateurs

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	714	Dieu existe	0.286
Modalité 2 :	561	Censurer certains livres	0.233
Modalité 3 :	491	Punir les toxicomanes	0.221
Modalité 4 :	190	Contrôles d'identité indispensables	0.157
Modalité 5 :	187	Homosexuels dangereux pour la société	0.151
Moyenne :	2.335	Contre la pornographie	0.137
Ec.type :	1.261	Respecter les convenances	0.135
c.c.m. :	0.423	Rétablir la peine de mort	0.135
		Libéraliser l'avortement	-0.130
		Isoler les malades du sida	0.130

** 34 : La premier rapport sexuel est angoissant

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	270	Gêne pour acheter préservatifs	0.208
Modalité 2 :	297	Pour la fidélité en amour	0.137
Modalité 3 :	573	Pas de relations sexuelles sans amour	0.123
Modalité 4 :	522	Aider les toxicomanes	0.101
Modalité 5 :	481	Haschisch en vente libre	-0.087
Moyenne :	3.302	Pas de rapports sexuels à cause du sida	0.084
Ec.type :	1.301	Respecter les convenances	0.084
c.c.m. :	0.315	Dépistage du sida obligatoire pour tous	0.082
		Censurer certains livres	0.081
		Contre la pornographie	0.078

** 35 : Les graffitis, c'est de l'art

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	423	Haschisch en vente libre	0.324
Modalité 2 :	475	Pour la fidélité en amour	-0.231
Modalité 3 :	688	Piquer dans grandes surfaces	0.198
Modalité 4 :	251	Contre la pornographie	-0.197
Modalité 5 :	306	Pour des femmes nues à la télé	0.185
Moyenne :	2.786	Normal d'avoir plusieurs partenaires	0.174
Ec.type :	1.286	Contrôles d'identité indispensables	-0.164
c.c.m. :	0.452	Punir les toxicomanes	-0.159
		Chefs inutiles	0.156
		Pour la famille	-0.144

** 36 : Homosexuels dangereux pour la société

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	936	Homosexuels comme les autres	-0.582
Modalité 2 :	574	Isoler les malades du sida	0.381
Modalité 3 :	379	Punir les toxicomanes	0.329
Modalité 4 :	117	Rétablir la peine de mort	0.316
Modalité 5 :	137	Les séropositifs ont ce qu'ils méritent	0.280
Moyenne :	2.041	Tatouer les malades du sida	0.278
Ec.type :	1.186	Censurer certains livres	0.235
c.c.m. :	0.670	Aider les toxicomanes	-0.207
		Pour la famille	0.203
		Contrôles d'identité indispensables	0.199

** 37 : Je me sens citoyen européen

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	192	Pour la famille	0.141
Modalité 2 :	296	Dépistage du sida obligatoire pour tous	0.130
Modalité 3 :	395	Censurer certains livres	0.107
Modalité 4 :	618	Dieu existe	0.104
Modalité 5 :	642	Punir les blasphémateurs	0.102
Moyenne :	3.570	Confiance aux médecins	0.102
Ec.type :	1.288	Contrôles d'identité indispensables	0.101
c.c.m. :	0.312	Info. obligatoire sur sida à l'école	0.100
		Chefs inutiles	-0.092
		Haschisch en vente libre	-0.092

** 38 : Dépistage du sida obligatoire pour tous

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	122	Contrôles d'identité indispensables	0.219
Modalité 2 :	204	Empêcher les malades d'avoir des enfants	0.196
Modalité 3 :	500	Rétablir la peine de mort	0.192
Modalité 4 :	526	Info. obligatoire sur sida à l'école	0.181
Modalité 5 :	791	Punir les toxicomanes	0.144
Moyenne :	3.775	Respecter les convenances	0.135
Ec.type :	1.202	Je me sens citoyen européen	0.130
c.c.m. :	0.415	Dizaines de milliers de morts par sida	0.120
		Homosexuels dangereux pour la société	0.119
		Isoler les malades du sida	0.115

** 39 : Dizaines de milliers de morts par sida

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	131	On guérira bientôt du sida	-0.141
Modalité 2 :	203	La pollution détruira l'humanité	0.137
Modalité 3 :	1160	Dépistage du sida obligatoire pour tous	0.120
Modalité 4 :	398	Empêcher les malades d'avoir des enfants	0.099
Modalité 5 :	251	Vérité cachée sur le sida	0.098
Moyenne :	3.203	Rétablir la peine de mort	0.085
Ec.type :	0.976	Sida peut être guéri	-0.079
c.c.m. :	0.290	Info. obligatoire sur sida à l'école	0.077
		Tatouer les malades du sida	0.071
		Homosexuels dangereux pour la société	0.064

** 40 : Pas de rapports sexuels à cause du sida

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	1655	Homosexuels dangereux pour la société	0.135
Modalité 2 :	362	Isoler les malades du sida	0.135
Modalité 3 :	68	Les séropositifs ont ce qu'ils méritent	0.128
Modalité 4 :	27	Contre la pornographie	0.123
Modalité 5 :	31	Gêne pour acheter préservatifs	0.123
Moyenne :	1.328	Punir les blasphémateurs	0.122
Ec.type :	0.730	Préservatifs inefficaces contre sida	0.120
c.c.m. :	0.339	Homosexuels comme les autres	-0.110
		Censurer certains livres	0.108
		Punir les toxicomanes	0.105

**** 41 : Le grand amour, ça existe**

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	52	Pour la fidélité en amour	0.304
Modalité 2 :	62	Contre le mariage	-0.207
Modalité 3 :	428	Pas de relations sexuelles sans amour	0.144
Modalité 4 :	400	Pour la famille	0.123
Modalité 5 :	1201	Aider les toxicomanes	0.115
Moyenne :	4.230	Maschisch en vente libre	-0.108
Ec.type :	1.020	Normal d'avoir plusieurs partenaires	-0.104
c.c.m. :	0.399	Punir les toxicomanes	0.100
		Respecter les convenances	0.099
		Contrôles d'identité indispensables	0.085

**** 42 : Pas de relations sexuelles sans amour**

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	339	Pour la fidélité en amour	0.331
Modalité 2 :	342	Normal d'avoir plusieurs partenaires	-0.311
Modalité 3 :	357	Pour des femmes nues à la télé	-0.296
Modalité 4 :	351	Contre la pornographie	0.276
Modalité 5 :	754	Maschisch en vente libre	-0.221
Moyenne :	3.392	Piquer dans grandes surfaces	-0.155
Ec.type :	1.487	Le grand amour, ça existe	0.144
c.c.m. :	0.489	Dieu existe	0.136
		Pour la famille	0.126
		La premier rapport sexuel est angoissant	0.123

**** 43 : Normal d'avoir plusieurs partenaires**

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	187	Pour la fidélité en amour	-0.361
Modalité 2 :	249	Pas de relations sexuelles sans amour	-0.311
Modalité 3 :	499	Contre la pornographie	-0.259
Modalité 4 :	562	Pour des femmes nues à la télé	0.257
Modalité 5 :	646	Maschisch en vente libre	0.200
Moyenne :	3.574	Les graffitis, c'est de l'art	0.174
Ec.type :	1.266	Préservatifs dans distributeurs	0.165
c.c.m. :	0.511	Censurer certains livres	-0.163
		Libéraliser l'avortement	-0.146
		Dieu existe	-0.143

**** 44 : Les séropositifs ont ce qu'ils méritent**

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	1485	Homosexuels dangereux pour la société	0.280
Modalité 2 :	447	Isoler les malades du sida	0.243
Modalité 3 :	156	Homosexuels comme les autres	-0.233
Modalité 4 :	25	Aider les toxicomanes	-0.220
Modalité 5 :	30	Tatouer les malades du sida	0.215
Moyenne :	1.445	Punir les toxicomanes	0.205
Ec.type :	0.794	Rétablir la peine de mort	0.169
c.c.m. :	0.424	Pas de rapports sexuels à cause du sida	0.128
		Libéraliser l'avortement	-0.121
		Censurer certains livres	0.119

**** 45 : Pas de préservatif avec la personne aimé**

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	746	Pas de plaisir avec préservatifs	0.142
Modalité 2 :	511	Préservatifs inefficaces contre sida	0.134
Modalité 3 :	422	Vérité cachée sur le sida	0.108
Modalité 4 :	186	Homosexuels dangereux pour la société	0.107
Modalité 5 :	278	Rétablir la peine de mort	0.102
Moyenne :	2.412	Isoler les malades du sida	0.094
Ec.type :	1.375	Punir les toxicomanes	0.091
c.c.m. :	0.292	Les séropositifs ont ce qu'ils méritent	0.079
		Homosexuels comme les autres	-0.078
		Gêne pour acheter préservatifs	0.073

** 46 : Vérité cachée sur le sida

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	363	Pris pour des abrutis à la télévision	0.174
Modalité 2 :	432	Confiance aux médecins	-0.161
Modalité 3 :	1041	Préservatifs inefficaces contre sida	0.160
Modalité 4 :	154	Rétablir la peine de mort	0.159
Modalité 5 :	153	Isoler les malades du sida	0.141
Moyenne :	2.674	Tatouer les malades du sida	0.139
Ec.type :	1.063	Sida peut être évité	-0.121
c.c.m. :	0.420	On guérira bientôt du sida	-0.119
		Homosexuels dangereux pour la société	0.117
		Pas de plaisir avec préservatifs	0.113

** 47 : On guérira bientôt du sida

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	110	Epidémie sida peut être stoppée	0.219
Modalité 2 :	251	Sida peut être guéri	0.151
Modalité 3 :	1351	Dizaines de milliers de morts par sida	-0.141
Modalité 4 :	263	Confiance aux médecins	0.137
Modalité 5 :	168	Vérité cachée sur le sida	-0.119
Moyenne :	3.060	Sida peut être évité	0.118
Ec.type :	0.869	Aider les toxicomanes	0.104
c.c.m. :	0.382	Isoler les malades du sida	-0.085
		Tatouer les malades du sida	-0.075
		Pour la famille	0.072

** 48 : Préservatifs trop chers

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	584	Préservatifs gratuits	0.220
Modalité 2 :	433	Haschisch en vente libre	0.175
Modalité 3 :	500	Pour des femmes nues à la télé	0.160
Modalité 4 :	221	Pas de plaisir avec préservatifs	0.144
Modalité 5 :	405	Contre la pornographie	-0.139
Moyenne :	2.734	Préservatifs difficiles d'utilisation	0.129
Ec.type :	1.442	Piquer dans grandes surfaces	0.121
c.c.m. :	0.399	Pris pour des abrutis à la télévision	0.113
		Les graffitis, c'est de l'art	0.112
		Pas de relations sexuelles sans amour	-0.101

** 49 : Préservatifs inefficaces contre sida

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	1056	Vérité cachée sur le sida	0.160
Modalité 2 :	647	Pas de plaisir avec préservatifs	0.151
Modalité 3 :	290	Préservatif rend impuissant	0.142
Modalité 4 :	96	Sida peut être évité	-0.140
Modalité 5 :	54	Pas de préservatif avec la personne aimé	0.134
Moyenne :	1.808	Pas de rapports sexuels à cause du sida	0.120
Ec.type :	0.999	Isoler les malades du sida	0.104
c.c.m. :	0.352	Préservatifs difficiles d'utilisation	0.093
		Homosexuels dangereux pour la société	0.091
		Préservatifs trop chers	0.084

** 50 : Préservatifs difficiles d'utilisation

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	636	Pas de plaisir avec préservatifs	0.196
Modalité 2 :	933	Préservatifs trop chers	0.129
Modalité 3 :	326	Gêne pour acheter préservatifs	0.123
Modalité 4 :	131	Pris pour des abrutis à la télévision	0.099
Modalité 5 :	117	Préservatifs inefficaces contre sida	0.093
Moyenne :	2.141	Préservatif rend impuissant	0.088
Ec.type :	1.079	Villes sans voiture	0.081
c.c.m. :	0.324	Sida peut être évité	-0.070
		Pas de rapports sexuels à cause du sida	0.070
		Dizaines de milliers de morts par sida	0.060

** 51 : Gène pour acheter préservatifs

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	475	La premier rapport sexuel est angoissant	0.208
Modalité 2 :	409	Préservatifs difficiles d'utilisation	0.123
Modalité 3 :	669	Pas de rapports sexuels à cause du sida	0.123
Modalité 4 :	353	Haschisch en vente libre	-0.115
Modalité 5 :	237	Homosexuels comme les autres	-0.108
Moyenne :	2.752	Pas de plaisir avec préservatifs	0.107
Ec.type :	1.274	Punir les toxicomanes	0.098
c.c.m. :	0.361	Homosexuels dangereux pour la société	0.095
		Isoler les malades du sida	0.094
		Vérité cachée sur le sida	0.091

** 52 : Pas de plaisir avec préservatifs

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	250	Préservatifs difficiles d'utilisation	0.196
Modalité 2 :	223	Préservatifs inefficaces contre sida	0.151
Modalité 3 :	939	Pour des femmes nues à la télé	0.145
Modalité 4 :	382	Préservatifs trop chers	0.144
Modalité 5 :	349	Pas de préservatif avec la personne aimé	0.142
Moyenne :	3.167	Vérité cachée sur le sida	0.113
Ec.type :	1.172	Haschisch en vente libre	0.109
c.c.m. :	0.376	Gène pour acheter préservatifs	0.107
		Préservatif rend impuissant	0.094
		Rétablir la peine de mort	0.093

** 53 : Préservatifs gratuits

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	101	Préservatifs dans distributeurs	0.267
Modalité 2 :	149	Préservatifs trop chers	0.220
Modalité 3 :	440	Censurer certains livres	-0.123
Modalité 4 :	511	Pris pour des abrutis à la télévision	0.122
Modalité 5 :	942	Chefs inutiles	0.115
Moyenne :	3.954	Libéraliser l'avortement	0.107
Ec.type :	1.160	Contre la pornographie	-0.107
c.c.m. :	0.409	Normal d'avoir plusieurs partenaires	0.106
		Les graffitis, c'est de l'art	0.098
		Piquer dans grandes surfaces	0.097

** 54 : Préservatifs dans distributeurs

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	36	Préservatifs gratuits	0.267
Modalité 2 :	36	Normal d'avoir plusieurs partenaires	0.165
Modalité 3 :	158	Contre la pornographie	-0.145
Modalité 4 :	537	Libéraliser l'avortement	0.140
Modalité 5 :	1376	Censurer certains livres	-0.119
Moyenne :	4.484	Pour des femmes nues à la télé	0.116
Ec.type :	0.836	Les graffitis, c'est de l'art	0.112
c.c.m. :	0.382	Les séropositifs ont ce qu'ils méritent	-0.110
		Haschisch en vente libre	0.104
		Dieu existe	-0.095

** 55 : Préservatif rend impuissant

HISTOGRAMME		PRINCIPALES CORRELATIONS	
Modalité 1 :	1560	Préservatifs inefficaces contre sida	0.142
Modalité 2 :	122	Contre la pornographie	0.139
Modalité 3 :	71	Normal d'avoir plusieurs partenaires	-0.129
Modalité 4 :	11	Libéraliser l'avortement	-0.107
Modalité 5 :	23	Sida peut être guéri	0.103
Moyenne :	2.012	Pas de rapports sexuels à cause du sida	0.101
Ec.type :	1.880	Confiance aux médecins	-0.100
c.c.m. :	0.335	Pour des femmes nues à la télé	-0.099
		Censurer certains livres	0.096
		Dieu existe	0.094

2. LES CORRELATIONS AVEC LES PREMIERS AXES DE L'ACP

Sont donnés ici les corrélations des 50 thèmes précédents avec les six premières composantes principales. (ACP effectuée à partir de ces 50 thèmes)

Valeurs propres :

4.5690	3.2675	2.1831	2.1246	1.7002	1.4767
-0.0095	0.1404	0.3358	0.0392	0.3708	-0.2157
0.1055	-0.0470	-0.0205	-0.0304	0.4513	-0.1032
-0.0208	0.0746	0.2064	0.0983	0.5463	-0.2574
0.2318	-0.5281	0.6459	-0.0576	-0.0351	-0.1088
0.2673	-0.2040	0.1362	0.1171	-0.2924	-0.1632
0.0896	0.1569	0.1519	0.2911	-0.2011	-0.2498
-0.3361	0.0006	0.1293	0.1900	-0.2671	-0.0999
0.0373	0.1867	0.3330	0.0414	0.0321	0.3509
0.4249	0.0535	-0.0492	-0.0899	0.0194	0.0875
-0.0190	0.0873	-0.2402	0.0234	0.0773	-0.1839
0.4405	0.3700	-0.3415	-0.6662	0.0246	-0.0972
-0.1192	-0.1272	-0.1756	0.3478	0.0177	-0.0182
0.4755	0.0478	0.1505	0.1908	0.1178	0.1572
-0.0498	-0.0281	-0.3196	0.2263	0.2915	-0.2707
-0.2713	-0.2233	-0.2369	-0.0284	0.0532	-0.4084
0.4828	0.0349	-0.1999	-0.0606	0.0779	-0.1036
0.3640	0.1217	0.1272	0.1335	-0.0424	0.1292
-0.1983	-0.0628	-0.2606	0.1320	0.0313	-0.1931
0.0774	0.0197	-0.3571	0.2716	0.0030	-0.2266
-0.4499	0.4567	-0.0789	0.1766	-0.1271	-0.0305
0.4037	-0.3772	0.2333	0.1167	-0.1484	-0.0160
-0.4839	-0.3560	-0.0570	0.0293	0.0576	-0.0005
0.4820	-0.0611	0.2376	0.1532	-0.1228	-0.0020
-0.2466	-0.5273	0.3609	0.0759	0.1172	0.0811
0.3856	-0.5387	0.0574	-0.0824	-0.0696	-0.0844
0.1841	0.1360	0.1303	0.3291	0.0721	-0.1764
0.5271	-0.1992	0.1527	-0.0073	0.0197	-0.1014
0.2783	0.0295	0.0749	0.2177	0.2772	-0.1227
-0.3101	-0.2420	-0.0569	0.0769	0.1003	0.0118
0.4604	0.4172	0.0137	0.1662	0.0545	0.1342
0.0769	-0.0825	-0.2294	0.3952	-0.0773	-0.2053
-0.1094	0.4234	0.0144	0.3343	-0.0475	0.1047
0.3953	-0.0154	-0.0465	-0.0304	-0.0394	-0.0251
0.1850	0.1261	-0.0581	0.2018	0.0466	0.0439
-0.4098	-0.1967	-0.0587	0.1429	0.1162	-0.0101
0.5064	-0.4827	0.0605	-0.0721	0.0892	-0.0506
0.1986	0.0892	0.2217	0.0843	-0.0581	-0.0552
0.2927	-0.0283	0.1194	0.3301	-0.2382	-0.2428
0.0847	-0.1130	-0.1029	0.2141	-0.3392	-0.1608
0.2459	-0.1028	-0.2790	-0.0125	0.0049	-0.1315
0.2282	0.1609	0.1234	0.2815	0.1368	0.2195
0.3397	0.3705	-0.2187	0.0776	-0.0198	0.0672
-0.3921	-0.2780	0.2566	0.1351	-0.1051	-0.0484
0.2994	-0.3371	-0.0462	-0.2054	0.1558	-0.1651
0.1084	-0.2098	-0.0740	0.1270	0.0497	0.2727
0.1434	-0.2792	-0.2484	0.2962	-0.1219	0.6846
-0.0108	0.1381	0.2975	0.0781	0.4267	-0.0184
-0.1762	-0.2664	-0.0644	0.3071	0.2423	0.2170
0.0868	-0.2435	-0.3486	0.0567	0.0657	0.2484
-0.0001	-0.1538	-0.2853	0.1334	0.1435	0.2258
0.2193	-0.1048	-0.0986	0.1767	0.0739	0.2928
0.0077	-0.3135	-0.1322	0.2086	0.0342	0.3652
-0.1891	-0.1060	0.0199	0.4885	0.0716	0.0577
-0.2051	-0.0538	0.1922	0.4269	-0.0411	0.0474
0.1886	-0.0591	-0.3704	-0.0546	0.1140	0.0780

Edition sommaire des dernières valeurs propres :

1.4364	1.3296	1.2531	1.1917	1.1363	1.1220	1.0931	1.0711
1.0506	1.0313	1.0153	0.9795	0.9446	0.9286	0.9183	3.9702
0.8927	0.8587	0.8528	0.8363	0.8227	0.8070	0.8053	0.7856
0.7730	0.7630	0.7545	0.7340	0.7258	0.7167	0.7059	0.6985
0.6827	0.6741	0.6635	0.6482	0.6383	0.6314	0.6185	0.6006
0.5946	0.5818	0.5601	0.5469	0.5369	0.4944	0.4666	0.4325
0.3713							

Annexe 5

L'organisation de la conférence sur "Education pour la santé, adolescents et sida".
(Montpellier, 29 juin - 2 juillet 1989)

ORGANISATION DE LA CONFERENCE INTERNATIONALE DE CONSENSUS

1. TITRE

«Education pour la santé, adolescents et SIDA»

2. OBJECTIF

Confrontation d'expériences et de connaissances interdisciplinaires pour identifier les voies de recherche en matière de stratégie d'éducation pour la santé en milieu adolescent, susceptibles de mobiliser les opinions et d'induire une adaptation des comportements.

3. PRINCIPES DE LA REUNION

Il ne s'agit ni d'un congrès ni d'une conférence au sens strict. L'un et l'autre ne pourraient que faire la somme des connaissances sur le sujet. Face aux difficultés rencontrées par les professionnels sur le terrain, notre intention est de créer une situation qui puisse, par-delà une sommation des connaissances actuelles, faire émerger des idées nouvelles hors des cadres traditionnels. Il ne s'agit donc pas à proprement parler d'une conférence de consensus dont l'objectif serait de faire préciser par un groupe d'experts un compromis parmi les idées et techniques disponibles. Nous proposons d'impliquer dans un débat d'une part des personnes ayant déjà une expérience du problème (des médecins de santé publique et des pédagogues par exemple), et d'autre part, des personnes étrangères à ce domaine, arrivant avec un regard neuf mais avec des connaissances fondamentales sur les mécanismes de la genèse des opinions et des comportements sociaux.

A ce stade, le projet s'apparente à un "work-shop", à un "brain-trust" ou à un "remue-méninge" pour parler français. Il s'en distingue par plusieurs points :

- * La confrontation d'idées pouvant aller jusqu'au conflit est exploitée et contrôlée par un animateur des débats.
- * Des observateurs extérieurs aux débats ont pour mission d'analyser les dits (et les non-dits) et la dynamique qui les a générés afin d'orienter les débats suivants.
- * Enfin des témoins, choisis parmi des experts ayant une grande expérience ont pour rôle de rappeler les contraintes à respecter sur le terrain.

Les paragraphes suivants exposent l'organisation pratique de cette réunion, tout en précisant les raisons d'une telle organisation et les résultats attendus.

4. ORGANISATION GENERALE

La réunion s'articule donc autour de trois groupes de personnes : le groupe des intervenants, le groupe des observateurs, le groupe des témoins.

4.1. Le groupe des intervenants

Les intervenants sont au nombre de sept, d'expériences professionnelles très différentes : médecin de santé publique ou de santé communautaire ou de santé scolaire, psychologue, psycho-sociologue, pédagogue, philosophe.

Sept semble être le nombre optimum au-delà duquel trop d'idées sont exprimées sans pouvoir être exploitées.

Deux adolescents participent au travail de ce groupe.

Enfin, un animateur coordonne les débats. Du "choc des idées" naissent les idées nouvelles, mais les conflits d'idées deviennent paralysants quand ils se transforment en conflits de personnes. L'animateur a donc le rôle tout aussi difficile que fondamental de gérer la dynamique de ce groupe. Bien que n'étant pas intervenant, l'animateur est tout de même impliqué dans le groupe et n'a pas toujours le recul suffisant pour apprécier les situations. Il est aidé pour cela par les observateurs.

4.2. Le groupe des observateurs

Les observateurs sont au nombre de sept. Ils suivent les débats avec la plus grande attention et remplissent deux fonctions complémentaires et intriquées : l'analyse de la dynamique du groupe des intervenants et l'analyse des idées exprimées.

4.2.1. L'analyse de la dynamique du groupe des intervenants

Il est important que des personnes totalement extérieures au groupe des intervenants puissent entendre et voir les débats de façon sereine et neutre afin de bien prendre la mesure des conflits. Cette écoute et ce regard sont précieux pour l'animateur.

4.2.2. L'analyse des idées

Une écoute très attentive doit permettre aux observateurs de faire le bilan des idées exprimées, de celles qui ont été développées et de celles qui sont passées inaperçues et qui méritent de faire l'objet d'un débat plus approfondi lors des séances suivantes. Il appartient aux observateurs de prendre toutes les notes qui leur permettront de rédiger la synthèse finale.

4.3. Le groupe des témoins

Les témoins sont des experts connus pour une connaissance particulière du sujet et/ou une grande expérience de terrain.

Ils suivent les débats et peuvent proposer des remarques argumentées appuyant ou remettant en cause les propos des intervenants. Ces remarques doivent être rédigées. Si elles sont retenues par le coordinateur et rapporteur du groupe et les observateurs. Elles sont alors lues aux intervenants au début de la séance suivante.

5. ORGANISATION SPATIALE

Il est important que les débats des intervenants ne soient pas interrompus par quelque intervention que ce soit, venant de l'extérieur de leur groupe. Aussi les intervenants, les observateurs et les témoins sont dans trois salles différentes.

Les débats qui se déroulent dans la salle des intervenants sont retransmis par son et vidéo dans les deux autres salles. Les observateurs sont isolés dans une salle à part afin de pouvoir bénéficier du calme indispensable à une écoute très attentive.

6. ORGANISATION DANS LE TEMPS

6.1. Période préparatoire

Avant la conférence, il a été demandé à chaque intervenant, chaque observateur et à quelques témoins d'écrire un article sur le sujet en rapport avec leur expérience personnelle. Certaines affinités ou recherches communes antérieures ont pu amener des auteurs à se regrouper pour écrire et signer un même article. Les articles arrivés assez tôt ont été dupliqués et réexpédiés aux intervenants et aux observateurs. La totalité des articles vous sont fournis dans le dossier de la conférence afin que vous puissiez les lire avant les premiers débats.

Ce travail préliminaire devrait permettre de défricher le domaine avant la réunion.

6.2. La conférence proprement dite

Cette conférence durera quatre jours, du 29 juin au 2 juillet.

Les trois premiers jours (6 demi-journées du jeudi 29 juin 1989 au samedi 1^{er} juillet 1989) seront consacrés aux débats. Chaque demi-journée sera partagée en deux séances de deux heures constituées chacune de 45 à 60 minutes de débat entre intervenants, suivies d'une discussion de 30 à 45 minutes. Pendant la discussion, les intervenants pourront se détendre alors que les observateurs et l'animateur feront l'analyse de la dynamique du groupe intervenant et des idées émises et définiront la stratégie à suivre pour la séance suivante.

Ils seront à ce moment aidés par :

- les techniciens qui mettront à leur disposition les enregistrements son et vidéo (pour vérifier les dires et comportements),
- une sténotypiste qui saisira les textes à dactylographier.

Les témoins pourront, durant ce temps de discussion, émettre des remarques qui seront prises en compte par les deux coordinateurs du groupe et transmises aux intervenants.

La quatrième journée (dimanche 2 juillet 1989) sera consacrée au bilan :

La matinée permettra aux observateurs de rédiger une synthèse des débats qui développera les idées exprimées.

Il est souhaitable que les intervenants ne rencontrent ni les observateurs, ni les témoins, même en dehors des périodes de travail, jusqu'à la fin de cette demi-journée de synthèse.

- **L'après-midi**, un rapporteur du groupe des observateurs présentera la synthèse au groupe des intervenants. Les échanges lors de cette présentation devront permettre d'obtenir en fin de séance un document écrit final qui précisera les propositions ayant obtenu l'accord de tous et celles pour lesquelles les divergences persistent.

Il n'y a pas de programme des idées abordées comme dans un congrès traditionnel. Celui-ci se définira de lui-même, au cours de la conférence. L'organisation peut être légèrement modifiée, en fonction des besoins pour aboutir à l'efficacité optimale de la participation de chaque groupe.

Post-scriptum : A la suite de cette conférence de consensus, plusieurs participants ont été invités à produire des articles qui ont été publiés dans la revue « Santé Publique » :
Santé Publique 1992, 4^{ème} année, n° 1, pages 14 à 42.

RESUME

De septembre 1987 à juin 1990, nous avons travaillé à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'un programme d'éducation pour la santé dans les lycées visant à prévenir l'infection par le VIH. La stratégie adoptée était de type "communautaire", c'est-à-dire impliquant la participation de la population cible constituée par les adolescents avec en arrière-plan les adultes des lycées : enseignants, infirmières, cadres administratifs.

L'évaluation s'est appuyée sur deux enquêtes, l'une avant l'action (avril 1988), l'autre après l'action (mai 1989).

L'évaluation de processus a montré la faisabilité du projet et l'analyse statistique des données des enquêtes a permis de mettre en évidence l'efficacité de la stratégie. Du fait du caractère "autociblé" de l'action, les modifications des comportements se sont faites dans le sens des représentations dominantes de chaque site. Par exemple, nous avons pu remarquer une augmentation significativement plus importante de l'usage des préservatifs dans les lycées professionnels participant au programme, alors que dans les lycées classiques, le groupe expérimental s'est caractérisé par une diminution significative du nombre des premiers rapports sexuels.

Au terme de cette expérience, deux remarques se sont imposées à nous :

- les outils d'évaluations classiques ne répondent pas aux besoins face à des situations nouvelles en éducation pour la santé,

- les outils d'évaluations à utiliser sont très dépendants des modèles éducatifs mis en œuvre.

Face à cette situation, nous avons entrepris un travail de recherche qui nous a conduit à définir l'évaluation comme un système d'information et à remarquer qu'il convenait, avant de se demander comment évaluer, de se demander pour qui et pourquoi faire. Nous avons ensuite proposé et développé les notions d'évaluation de situation, d'évaluation globale, d'évaluation endoformative pour compléter le modèle expérimental souvent insuffisant.

Mots clés :

*Sida - Education pour la santé - Modèles éducatifs -
Evaluation - Evaluation de situation - Evaluation globale -
Evaluation endoformative*