



CHAPITRE 1

LE RECUEIL DE DONNÉES

Le recueil de données correspond à toute opération qui a pour objet la recherche, la collecte et l'exploitation d'informations. Il permet par exemple de collecter des informations précises et pertinentes sur un patient afin de mieux appréhender sa situation.

C'est une recherche d'informations primaires, de données, qui se fait par le biais d'une enquête. Il est du domaine de l'investigation et répond à deux grands types de besoins :

- analyser une situation pour ensuite prendre une décision ;
- évaluer ce qui a été fait.

Il a donc lieu avant, mais aussi après l'action, et s'effectue en plusieurs étapes (cf. page suivante).

Il est par exemple utilisé lors de la consultation diététique, qui est un *ensemble d'actes de soins se déroulant en entretien de face à face entre la personne soignée (accompagnée ou non de son entourage) et le diététicien. Elle est réalisée suite à une prescription médicale ou suite à la demande d'un particulier. Elle s'appuie sur la démarche de soin diététique et comprend : un bilan diététique, la mise en place d'une stratégie, la négociation d'objectifs de soins diététique, et le suivi nutritionnel à but éducatif, préventif ou thérapeutique.*¹

Les données nécessaires à la consultation diététique proviennent de différentes sources :

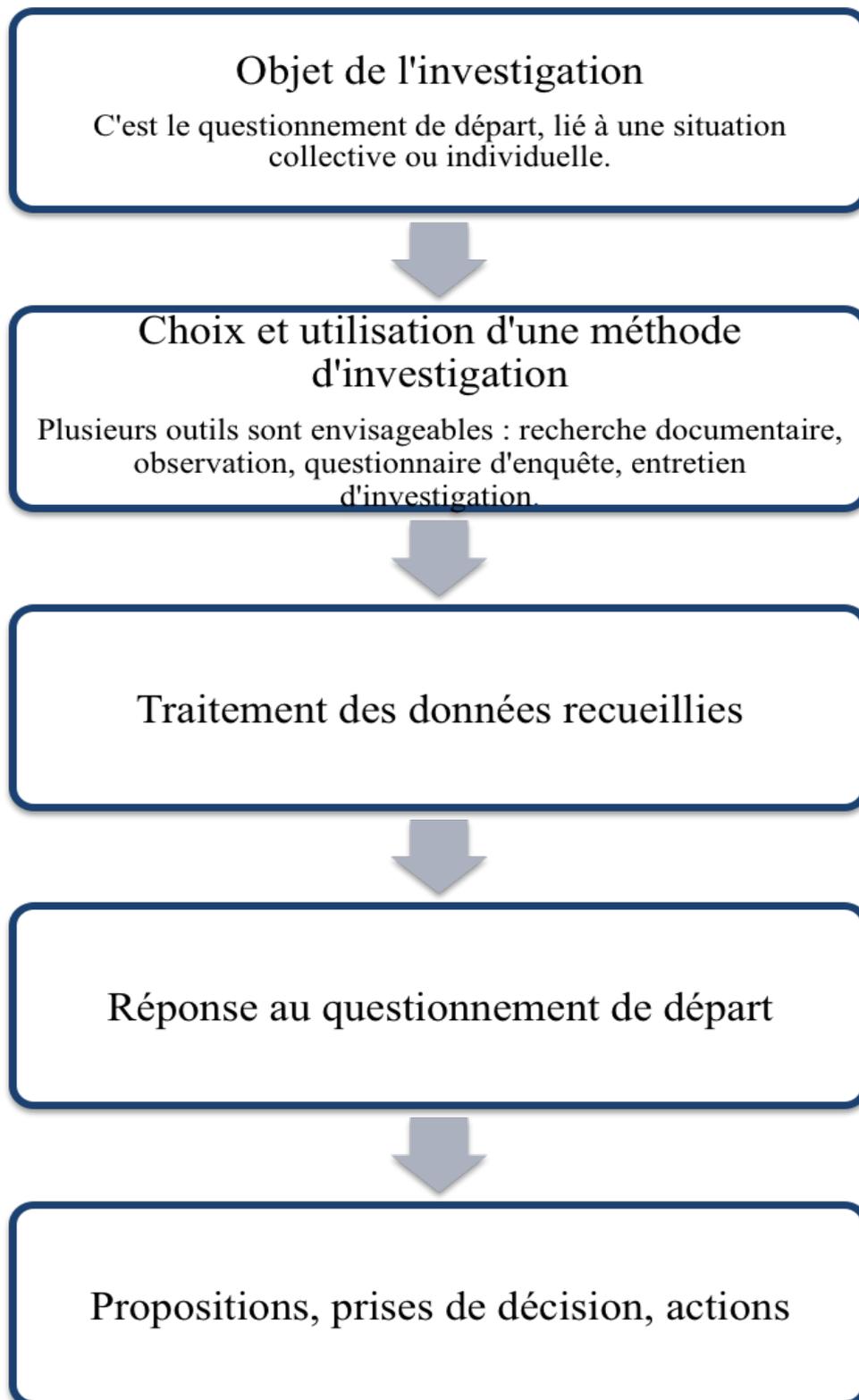
- les informations contenues dans le dossier du patient ;
- l'entretien avec la personne soignée et/ou son entourage ;
- l'entretien avec les professionnels de santé de ville ou hospitaliers (infirmières, aides-soignants, diététiciens, assistantes sociales, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, médecins, psychologues, sages-femmes...).

Ces données sont :

- soit des données générales, utiles à tous les professionnels de santé, comme les données administratives, socioprofessionnelles, cliniques, les activités de la vie quotidienne et la qualité de vie de la personne ;

1 www.has-sante.fr

- soit des données spécifiques recherchées pour l'élaboration d'une stratégie de soin diététique.



Le tableau suivant, extrait des *Recommandations pour la consultation diététique réalisée par un diététicien*, de janvier 2006 et disponible sur le site www.has-sante.fr montre le recueil de données nécessaire à cette démarche :

<p>Données générales</p>	<p>Données administratives : Numéro de dossier, nom, prénom, coordonnées téléphoniques, postales ou/et électroniques, date de naissance, situation de famille.</p> <p>Données socioprofessionnelles : Situation sociale (activités, catégorie professionnelle, populations défavorisées...), nationalité, langue parlée, écrite.</p> <p>Données cliniques :</p>
	<p>Le motif de consultation, le diagnostic médical, les antécédents médicaux, chirurgicaux et nutritionnels, les examens biologiques, les traitements, les symptômes en particulier la douleur et l'inconfort engendrés par la pathologie et/ou par les effets secondaires des traitements mis en place, les contre-indications, les facteurs de risque cardio-vasculaire.</p> <p>Données sur les activités de la vie quotidienne et la qualité de vie : À partir d'échelles d'évaluation utilisées suivant les différentes pathologies ou l'état de santé.</p>
<p>Données spécifiques</p>	<p>Données cliniques complémentaires disponibles : Antécédents nutritionnels en lien avec le motif de consultation ; Mesures anthropométriques : poids, taille, tour de taille, plis cutanés, circonférence brachiale, IMC ; Données biologiques nutritionnelles : exploitation des marqueurs nutritionnels ; Existence de troubles du comportement alimentaire ; Indicateurs de malnutrition (obésité, surpoids, dénutrition) ; Existence de troubles de la mastication, de la déglutition ; Existence de troubles digestifs.</p> <p>Données sur les conditions de vie : Mode de vie, composition de la famille ; Mode alimentaire religieux et/ou culturel, thérapeutique ; Histoire du poids : poids de naissance, poids maximum et minimum dans l'histoire de vie, poids de forme, épisodes et cinétique de prise ou de perte de poids (grossesse, ménopause, décès, événements familiaux ou sociaux, dépression, perte d'autonomie, maladie...) ;</p>

	<p>Appréciation des moyens financiers : modalités des achats alimentaires (où, quand, comment, avec qui ?) ;</p> <p>Appréciation des habitudes pour la préparation et la consommation des aliments : équipement ménager pour la préparation des aliments, nombre de repas, lieu de prise des repas et conditions (seul, en compagnie), durée et horaires des repas, consommation entre les repas... ;</p>
--	---

	<p>Ressentis lors de la prise alimentaire : plaisir ou contrainte, sentiment de faim ou de satiété, préférences (goûts, aliments...) ;</p> <p>Niveau d'autonomie psychologique en collaboration avec un psychologue ou un psychiatre ;</p> <p>Présence d'un handicap pouvant avoir des répercussions ou des conséquences sur les achats alimentaires, la préparation des repas, la façon de s'alimenter ;</p> <p>Appréciation de l'activité physique ou sportive ;</p> <p>Appréciation de la consommation de tabac : tentatives de sevrage, existence de compensations alimentaires, de craintes de prise de poids et de prise de poids réelle.</p> <p>Données sur la connaissance de la personne soignée :</p> <p>Appréciation des attentes par rapport au problème nutritionnel ;</p> <p>Appréciation des motivations ;</p> <p>Appréciation des croyances alimentaires.</p> <p>Évaluation des acquis (connaissances, compétences, représentations) des personnes :</p> <p>Les personnes ont toujours des acquis en matière d'alimentation. Ces acquis sont évalués au moment du diagnostic et pendant les consultations de suivi pour mesurer l'évolution des comportements au regard des modifications négociées et souhaitées.</p> <p>Évaluation des consommations alimentaires :</p> <p>Quantitatives et qualitatives, chiffrées ou non</p>
--	---

Les données seront en fait choisies par le diététicien en fonction des pathologies, des situations de vie et des objectifs de la consultation.

Voici un exemple de ce recueil de données effectué dans le cadre de la prise en soin diététique d'un adulte atteint d'un diabète de type 2. Il s'agit d'un début d'évaluation de la situation diététique et nutritionnelle d'une femme prenant du poids, présentant une hypercholestérolémie et un déséquilibre de son diabète.²

RECUEIL D'INFORMATIONS

Données générales et spécifiques

Cliniques

Femme de 60 ans, DT2 depuis 15 ans, P = 92 kg ; Taille = 1,69 m, IMC = 32 ;
A tenté plusieurs régimes hypocaloriques, sans succès (courbe de poids globalement ascendante)

Activité physique

Sédentaire (1/2 h de marche/sem. avec son petit fils)

Résultats biologiques

HbA1c = 8 %, Hypercholestérolémie LDL = 1,5 g/L, HTA

Traitements

Sous Glucophage® + Insuline Lantus® au coucher.
Retraitée. Vient d'avoir un petit fils. Est volontaire pour reprendre sa santé en mains.
Vit dans une maison avec jardin. Refuse les invitations de ses amies.

Estimation des besoins

Les besoins énergétiques sont évalués à partir d'un IMC visé ramené à 25, avec une activité (NAP) de 1,5 soit environ 2300 kcal avec 35 % de Lipides.

Évaluation des consommations et des habitudes alimentaires

- Consommation excessive de fromage et utilisation importante de beurre en cuisine (lipides saturés).
- Présence de grignotage d'aliments salés et gras (ex : biscuits apéritifs).
- Consommation occasionnelle d'alcool.
- Pain et féculents peu présents aux repas.
- Saute le repas de midi si seule, dîner léger, fringales alimentaires si ennui ou stress, parfois en soirée (chocolat = perte de contrôle).
- Consommation régulière des légumes de son jardin.
- Évaluation des consommations : de 2000 à 3000 Kcal/J avec souvent plus de 45 % de L au détriment des G.

Représentation et compétences d'auto-soins

Ses difficultés

- Le diabète est vécu comme « une punition » : sa difficulté à contrôler son poids et ses glycémies, la mise sous insuline, les réflexions de son entourage sont autant d'échecs pour elle.
- Elle DIT « se sentir impuissante et incapable de prendre sa santé en mains, avoir des compulsions alimentaires qui la culpabilisent » Elle avoue ou dit également « se sentir privée de sucre ».
- Elle a beaucoup d'idées reçues, qui l'orientent vers des contraintes et des restrictions inutiles, alimentant ainsi son sentiment de frustration.
- Elle présente des difficultés à s'adapter à des situations particulières (repas en société, sensation de fringales).

Ses ressources

Possède un jardin, bonne cuisinière, veut pouvoir s'occuper de son petit-fils.

Ces données sont ensuite analysées par le diététicien afin d'établir un diagnostic et d'élaborer un plan de soin diététique.

2 www.cours-bts-dietetique.fr/medias/files/diabete-non-insulinodependant-afdn.pdf



CHAPITRE 2

L'ENQUÊTE

Une enquête est une recherche méthodique d'informations auprès d'une population ciblée. Elle s'articule autour de plusieurs techniques afin de combiner quantité et qualité des données.

LES DIFFÉRENTS TYPES D'ENQUÊTE

EN FONCTION DE L'OBJECTIF

Une enquête peut être réalisée pour :

- prendre une décision ;
- repérer des dysfonctionnements...

Les enquêtes épidémiologiques ont pour objectif d'étudier l'état de santé d'une population cible. Elles :

- identifient et quantifient les pathologies et leurs caractéristiques en décrivant la population touchée, la fréquence de contamination... ;
- mettent en évidence les facteurs de risque, analysent les causes des pathologies développées ;
- évaluent l'efficacité de mesures de santé publique mises en place pour lutter contre cette pathologie.

Les enquêtes sociologiques ont pour objectif d'étudier les comportements et l'environnement d'un groupe social donné. Elles s'appuient sur :

- des faits qui caractérisent les individus (âge, profession, situation familiale) et leur environnement (cadre de vie, conditions de travail) ;
- des attitudes, pratiques et motivations (consommations de drogues, conduites alimentaires...);

- des opinions ou des attentes vis-à-vis de personnes ou de faits (sondage d'opinion, de satisfaction).

EN FONCTION DE LA DURÉE

On rencontre quatre types d'enquêtes.

L'ENQUÊTE TRANSVERSALE

Elle se caractérise par des investigations de courte durée, sur un jour, une semaine, voire un mois. Elle donne une image instantanée, à un moment donné, d'une institution ou d'un phénomène de santé.

Une enquête de satisfaction va par exemple avoir pour objectif d'évaluer l'opinion de la population concernant un service, une prestation. C'est le cas ci-dessous d'une enquête réalisée par le CLAN³ auprès de l'hôpital local de Mauléon, dans les Deux-Sèvres⁴.



Enquête de satisfaction sur la qualité de la restauration

Service repas : Maison de retraite (MR) Rez-de-chaussée ; MR 1^{er} étage ;
 USLD Bleuet ; USLD Verveine ; USLD Camomille.

Age : Sexe : Masculin Féminin



Suivez-vous un régime ? Oui non Si oui lequel ? :

Mangez-vous votre viande : entière hachée mixée ? Vos légumes : entiers, mixés ?

Où prenez-vous votre petit-déjeuner ? dans la salle à manger dans ma chambre

Où prenez-vous votre déjeuner ? dans la salle à manger dans ma chambre

Où prenez-vous votre dîner ? dans la salle à manger dans ma chambre

Les produits et le service (mettre une croix)

Quelle opinion avez-vous ?	Très satisfaisant	Satisfaisant	Pas satisfaisant	Sans opinion
La qualité des viandes				
La qualité des potages				
La qualité des desserts				
Le goût				
Le choix				
Le respect du choix				
Les horaires du soir				
L'aide aux repas				
La présentation du plat				
La quantité				
Le respect du régime				
La température du plat				
La variété				
Le plat de remplacement				
Décoration de la salle à manger et table				
Affichage des menus				
Le goûter				
Le service				

3 Comité de Liaison Alimentation Nutrition.

4 www.ars.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_Sante/vos_habitudes_de_vie/clan_enqrest_hlmauleon.pdf.

☉ Attribuez une note de 0 à 10 à la prestation dans sa globalité (0 signifie que vous n'êtes pas du tout satisfait et 10 que vous êtes très satisfait)

Cochez la case correspondante à la note que vous nous attribuez sur l'échelle suivante :

PAS DU TOUT SATISFAIT → TRES SATISFAIT

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

☉ Quel serait, pour vous, le point d'amélioration prioritaire sur la restauration à mettre en place ?



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autres remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Merci d'avoir consacré du temps à répondre à ce questionnaire. Vos réponses sont importantes pour nous et vont nous aider à améliorer le service que nous vous procurons. Remettez le questionnaire rempli au personnel soignant avant le/09/2007.

Le CLAN
(Comité de Liaison Alimentation Nutrition)

L'ENQUÊTE LONGITUDINALE OU PROSPECTIVE

Elle consiste à suivre un groupe d'individus durant une période déterminée, souvent sur plusieurs années. Elle implique la prise en compte de plusieurs mesures à des temps précis et stratégiques. Son objectif est de suivre l'évolution d'un phénomène.

Voici un extrait de l'enquête EPIFANE⁵, supervisée par l'Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), unité mixte de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et de l'Université Paris 13⁶.

⁵ Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie.

⁶ http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7467.

État de la question : l'importance de l'alimentation dans la petite enfance a été largement démontrée en ce qui concerne la morbidité qui lui est associée, tant à court terme qu'à long terme. Depuis la naissance, la période d'alimentation exclusivement lactée, suivie par celle de l'introduction d'autres aliments pour atteindre une diversification adaptée aux besoins nutritionnels du jeune enfant, semble impliquée dans les risques d'infections, d'allergie ou encore de certaines maladies chroniques telles que le diabète. Le bénéfice de l'allaitement maternel pour la prévention du cancer du sein chez les mères a aussi été souligné dans le cadre du rapport 2007 du World Cancer Research Fund (WCRF). En France, des recommandations ont été diffusées par la Haute autorité de santé et dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS). Les données de l'Enquête nationale périnatale (ENP) montrent que l'allaitement maternel est actuellement pratiqué de façon insuffisamment fréquente en France. En 2003, près des deux tiers des femmes avaient initié un allaitement maternel en maternité, avec de fortes disparités géographiques et sociales. Un peu plus de la moitié le pratiquait de façon exclusive. L'ENP ne porte que sur les premiers jours de vie de l'enfant donc ces fréquences peuvent être considérées comme très insuffisantes. Par ailleurs, aucune information sur la durée de cet allaitement, son degré d'exclusivité et l'âge au début de la diversification n'est actuellement disponible à l'échelle nationale. Une étude réalisée pour le Syndicat français des aliments de l'enfance, tous les 8 ans depuis les années 1980, porte sur l'utilisation des formules lactées et la diversification alimentaire. Elle comporte cependant des limites méthodologiques notables (recrutement sans aucun enfant allaité au sein, taille d'échantillon, données recueillies) et ses résultats sont centrés sur l'utilisation des aliments du commerce. Pourtant, la période de diversification (âge de l'enfant, ordre d'introduction et nature des aliments) est aussi importante en termes de couverture des besoins nutritionnels et d'implication pour la santé des enfants à plus long terme.

Le besoin d'évaluation de santé publique conjugué à l'absence de données y répondant nous a conduit à considérer la surveillance de l'alimentation des enfants de moins d'1 an comme devant être mise en place prioritairement. La cohorte de l'Étude longitudinale française depuis l'enfance (Elfe) ne peut répondre à cet objectif car il est nécessaire de disposer d'un outil permettant la répétition régulière d'un tel recueil pour mesurer l'évolution des pratiques en fonction des recommandations en cours.

L'Unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle (Usen), unité mixte de l'Institut de veille sanitaire et de l'Université de Paris 13, a été chargée de réaliser en 2012-2013 l'étude Épipane qui, de par son caractère national, sa simplicité et sa reproductibilité doit permettre de répondre à ce besoin.

Objectif de l'étude : décrire, sur un échantillon national d'enfants nés en France métropolitaine, l'alimentation pendant la première année de vie, en estimant en particulier : (i) la fréquence, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel, (ii) le

type, la durée et les quantités utilisées de formules lactées du commerce et (iii) les modalités de la diversification alimentaire (moment d'introduction des nouveaux aliments, natures et quantités).

Sélection de la population : la population cible sera composée des enfants nés dans une maternité sélectionnée pour l'étude, de mères résidant en France métropolitaine, et issus de grossesses simples ou multiples. Le tirage au sort des maternités sera effectué proportionnellement à leur taille en nombre d'accouchements, avec une stratification sur le statut de l'établissement (privé/public), le type d'autorisation (niveaux I, II ou III) et la région. Après vérification des critères d'éligibilité, les mères seront recrutées à la maternité, à J1 ou J2 suivant la naissance de leur nouveau-né. La période d'inclusion se poursuivra jusqu'à l'obtention de 25 mères acceptant de participer dans chacune des maternités sélectionnées.

Méthode d'observation : l'étude sera de type longitudinal avec un suivi des 3 500 enfants sélectionnés pendant 12 mois. Suite au recueil de données au moment de l'inclusion à la maternité, auprès des mères et de l'établissement, un questionnaire sera rempli à quatre étapes de la vie du nourrisson : 1 mois, 4 mois, 8 mois et 12 mois. Par ailleurs, les causes de refus de participation, au moment de l'inclusion ou au cours du suivi, seront recueillies.

Nature des données recueillies : les données recueillies porteront sur les conditions de la naissance, les caractéristiques socio-démographiques et économiques, les pratiques alimentaires (allaitement maternel, utilisation des formules lactées du commerce et diversification) à chaque étape du suivi, les troubles digestifs, le ressenti de la mère, et les données anthropométriques (d'après le carnet de santé). Les questionnaires comprendront un numéro d'identification unique. Seule la lettre d'accord de participation comprendra ce numéro au côté des coordonnées des mères afin de pouvoir les contacter pour réaliser le suivi jusqu'à 1 an. Les mères seront informées du fait que toutes les données de l'enquête seront informatisées et conservées de façon confidentielle et qu'elles disposent d'un droit de refus, de rectification, de suppression et d'accès à leur dossier.

Modalités d'organisation et durée de l'étude : une étude pilote a été réalisée en 2009-2010. Elle a montré la faisabilité et l'acceptabilité d'une telle étude, et a permis d'estimer les taux de participation des maternités et des mères et de choisir le mode de recueil. L'étude nationale sera supervisée par l'Usen, l'organisation et la réalisation du recueil des données étant confiées à un prestataire. L'Usen est en charge de la rédaction du protocole, des questionnaires, des dossiers pour la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) et le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la

santé (CCTIRS), et du cahier des charges pour l'appel d'offre en collaboration avec les services concernés de l'Université Paris 13. Les propositions de participation à l'étude auront lieu d'octobre à décembre 2011 pour les maternités, et de janvier à mars 2012 pour les mères. Le suivi se poursuivra jusqu'en mars 2013.

Analyse des données : en premier lieu, une description de l'échantillon sera réalisée et les données recueillies en maternité seront comparées à celles de l'ENP. Ensuite, les données seront analysées d'un point de vue quantitatif pour décrire les pratiques d'allaitement maternel, l'utilisation des formules lactées et les modalités de la diversification alimentaire.

L'ENQUÊTE RÉTROSPECTIVE

Elle porte sur des informations recueillies après l'apparition d'un événement, d'une maladie. Son but est d'étudier ce phénomène, le lien entre le facteur de risque et la maladie.

On peut par exemple mener une enquête sur le lien entre la sédentarité et l'obésité chez les adolescents. On parlera alors d'enquête cas-témoins, dans laquelle les cas seront des patients sédentaires souffrant d'obésité, et les témoins (tirés au sort sur les listes électorales) des personnes avec un indice de masse corporel normal (entre 20 et 25). On comparera ensuite la fréquence d'activité physique des deux groupes, tout en s'assurant qu'à la base, leurs apports caloriques sont similaires.

LES ENQUÊTES PERMANENTES

Elles enregistrent en continu une caractéristique donnée, comme le Programme national nutrition santé⁷ par exemple.

Initié en 2001 et prolongé en 2006, le Programme national nutrition santé (PNNS) avait pour objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs, la nutrition.

Il a fourni un cadre de référence et produit de nombreux outils. Il a permis la mobilisation de nombreux acteurs (ministères, élus locaux, professionnels des domaines de la santé, de l'activité physique, de l'éducation ou du domaine social, acteurs économiques et bénévoles). Plusieurs objectifs initialement fixés ont été partiellement ou totalement atteints, comme la réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'enfant, la réduction de la consommation de sel ou de sucre, l'augmentation de la consommation de fruits chez les adultes. Pour autant, ces améliorations n'ont pas concerné de façon homogène toute la population et la lutte contre les inégalités sociales de santé est un objectif prioritaire du Plan National Nutrition Santé 2011-2015.

⁷ Le PNNS 2011-2015 est disponible sur le site du Ministère des affaires sociales et de la santé, www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf.

Fixés par le Haut conseil de la santé publique, les objectifs nutritionnels de santé publique structurent les orientations stratégiques du Programme national nutrition santé et du Plan obésité (PO).

Dans le domaine de la nutrition, ces objectifs quantifiés, ont été regroupés selon quatre axes :

- 1. Réduire l'obésité et le surpoids dans la population ;
- 2. Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges ;
- 3. Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque ;
- 4. Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles (dénutrition, Troubles du comportement alimentaire).

EN FONCTION DU NOMBRE D'INDIVIDUS INTERROGÉS

Les enquêtes exhaustives s'effectuent auprès de l'ensemble d'un groupe.

Le recensement de la population, par exemple, est effectué régulièrement par l'INSEE, de façon à avoir une connaissance fine de la population de chaque commune. Grâce à lui, les maires peuvent envisager l'ouverture d'une crèche, la construction de logements, le développement des moyens de transport...

LES GRANDES ÉTAPES DU RECENSEMENT



AVANT LA COLLECTE



PENDANT LA COLLECTE



APRÈS LA COLLECTE



Les enquêtes par échantillonnage se font auprès d'un échantillon réduit de population, échantillon représentatif de l'ensemble de la population. L'enquête menée doit permettre ensuite de généraliser les résultats à l'ensemble de la population ciblée. La taille de l'échantillon est déterminante dans le sens où plus l'échantillon est important, plus la généralisation sera fiable. Mais les gains de fiabilité ne sont pas proportionnels à l'augmentation de la taille de l'échantillon. Ce n'est pas parce qu'on interroge 2000 personnes qu'on a des résultats deux fois plus fiables qu'en n'en interrogeant que 1000.

Le CREDOC⁸ s'est par exemple intéressé en 2004 à l'équilibre alimentaire des populations les moins aisées⁹. Il apparaît en effet que les populations modestes souffrent davantage d'obésité que les autres, et cette étude s'est donné pour but d'en comprendre les raisons. Voici comment elle a sélectionné les personnes interrogées :

Échantillon et structuration de l'enquête

L'enquête CCAF¹ 2004 repose sur un large échantillon national, constitué de 1871 personnes de 15 ans et plus, auxquelles s'ajoutent 1107 enfants et jeunes adolescents (3 à 14 ans).

Ces individus proviennent d'un échantillon de 1042 ménages dans lequel tous les individus de trois ans et plus ont été interrogés, et auquel a été ajouté un sur-échantillon d'enfants, constitué afin d'accroître le nombre d'observations sur les enfants. Ainsi, sur l'ensemble des 1107 enfants interrogés, 622 proviennent du sur-échantillon. Dans le sur-échantillon, un seul enfant par foyer a été interrogé et a rempli un carnet de consommation. Les caractéristiques socio-démographiques du ménage dont il provient ont été relevées. Au total, 2978 personnes sont interrogées sur leurs consommations individuelles dans le cadre du volet «Consommation» de l'enquête CCAF 2004.

Les enfants constituent ainsi un tiers des effectifs individuels. Cette sur-représentation des enfants par rapport à une représentation nationale est volontaire. Elle permet d'avoir des effectifs suffisants afin d'affiner les consommations alimentaires de cette population. Les statistiques présentées ne portent donc pas sur l'ensemble de la population mais concernent soit l'échantillon des adultes, soit celui des enfants.

Les individus sous-évaluants, c'est-à-dire les consommateurs pour lesquels le rapport entre l'énergie consommée et le métabolisme de base est inférieur à 1,05, ont été supprimés de la base. Chez les enfants, cette méthode n'a pas été appliquée, mais 17 individus ayant des apports aberrants ont été supprimés.

La représentativité nationale de l'échantillon est assurée par stratification (région géographique et taille d'agglomération) et par la méthode des quotas (âge, sexe, PCS individuelle, taille du ménage). Par ailleurs, l'enquête a ensuite été redressée selon les données de l'enquête Emploi 2002 (INSEE).

¹ Comportements et Consommation Alimentaire en France.

⁸ Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie.

⁹ www.credoc.fr/pdf/Rech/C232.pdf.

EN FONCTION DE SA FORME, DE SA NATURE

Une enquête quantitative collecte des données en vue d'un traitement statistique. Elle permet d'effectuer des mesures, d'étudier les comportements, les opinions de la population, par le biais de questionnaires.

Une enquête qualitative collecte des données dans le but de comprendre les logiques de comportement des individus, leurs opinions. Pour ce faire, on utilise l'observation.

Le document qui suit est extrait d'un article de *SociologieS*¹⁰ mis en ligne le 7 mars 2014¹¹.

Deux phases d'enquêtes ont été conduites de manière à approcher au mieux la réalité sociale des individus souffrant d'hypercholestérolémie (HC). La première, qualitative, visait à saisir les expériences de vie des personnes vivant avec un problème de cholestérol en France ; une série d'entretiens individuels et un *focus group* la composent (N=30). La seconde, quantitative, poursuivait deux objectifs : d'abord décrire en termes sociodémographiques la population HC française puisqu'aucune donnée de ce type n'existait jusqu'alors ; ensuite, tenter de valider statistiquement les éléments issus de la phase qualitative. Un questionnaire a ainsi été soumis, par l'institut BVA *via* une plateforme téléphonique, à un échantillon représentatif de la population française (N=802).

L'enquête qualitative

Cette première phase a été menée dans le but d'identifier les mécanismes sociaux qui conduisent les personnes présentant une HC à ne pas (ou ne plus) appliquer les conseils diététiques formulés par leur médecin. Quatre thématiques ont été investiguées et ont structuré le guide d'entretien semi-directif :

- 1) les modèles alimentaires ;
- 2) les relations avec le milieu médical ;
- 3) les perceptions des risques associés à l'HC ;
- 4) les modalités de gestion du problème de cholestérol.

Dans le présent article, seule la première de ces thématiques – les modèles alimentaires – est mobilisée en ce qu'elle se concentre sur les pratiques et représentations alimentaires des participant-e-s. Certains des points abordés lors de cette série d'entretiens individuels, notamment le contexte d'interaction et l'organisation sociale des repas, ont ensuite été approfondis grâce à la réalisation d'un *focus group* réunissant huit personnes. Une attention a été portée à la dimension évolutive des pratiques et représentations en matière d'alimentation et de santé afin de retracer au plus près le récit de vie des personnes depuis la découverte de leur HC. Les entretiens individuels et le *focus group* ont été enregistrés puis intégralement transcrits.

10 Revue de l'Association internationale des sociologues de langue française.

11 Tristan Fournier, « Face à l'injonction diététique, un 'relativisme nutritionnel' en France », *SociologieS* [En ligne], Premiers textes, mis en ligne le 07 mars 2014, <http://sociologies.revues.org/4628>.

L'enquête quantitative

Le questionnaire a été conçu grâce aux résultats de l'enquête qualitative et était organisé autour de 58 questions fermées et à choix multiples, réparties selon les quatre mêmes thématiques. À nouveau, c'est celle abordant les modèles alimentaires qui a été mobilisée ici. L'analyse se concentre ainsi sur quelques points (connaissances nutritionnelles, habitudes alimentaires, déterminants du choix des aliments, niveau de gestion alimentaire et répartition des rôles domestiques), puis sur leur distribution sociale au sein de l'échantillon. La moyenne d'âge de la population étudiée est de 60 ans (écart-type = 14.2) et la moitié est retraitée et vit en couple. 30 % n'ont obtenu qu'un certificat d'études primaires mais 45 % appartiennent, selon les nomenclatures de l'Insee, aux catégories socioprofessionnelles moyennes. (...)

LES PRINCIPAUX MODES DE RECUEIL DE DONNÉES

LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Toute enquête débute systématiquement par une recherche documentaire qui permet de délimiter le sujet. De nombreux organismes sources de données mettent d'ailleurs à disposition des professionnels des documents permettant de recueillir les informations nécessaires (données sociologiques, économiques...). Pour cela, on dispose d'Internet, des journaux, de travaux de thèse aussi...

Son intérêt réside dans le volume d'informations disponibles, la diversité des domaines de recherche, l'accès de plus en plus facile à l'information, la précision des données vue la multitude des sources.

Il est en revanche nécessaire de respecter une certaine méthodologie pour optimiser le recueil de données. Trop d'informations disponibles peuvent désorienter l'enquêteur.

L'OBSERVATION

Utilisée dans le cadre d'études de terrain, elle consiste, comme son nom l'indique, à observer une personne, un groupe, un événement, une situation...

La présentation des informations dépendra de la nature de l'observation :

- une grille d'observation dans le cadre d'une observation non participante. L'observateur garde une certaine distance avec le groupe observé, ne prend pas la parole ;
- une prise de note, une vidéo dans le cadre d'une observation participante. L'enquêteur ici s'immerge dans la vie des personnes interrogées.

Quel que soit le mode d'observation, l'enquêteur cherche à être objectif, à comprendre les

personnes, le phénomène observé.

C'est un outil très précis qui, grâce à l'observation, propose des informations de qualité. De plus, c'est un moyen peu coûteux.

Il peut en revanche perdre sa fiabilité si l'enquêteur se laisse influencer, n'arrive pas à garder ses distances.

LE QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

Des questions sont posées à un public ciblé pour vérifier ou corroborer des hypothèses. Ce type d'enquête permet d'obtenir des résultats quantitatifs fiables présentés visuellement, sous forme de tableaux et graphiques.

Il permet de cibler, par le biais du questionnaire papier, ou en ligne, un public très large.

En revanche, il demande des moyens importants (coût de l'impression des questionnaires...) et ne permet qu'un accès différé aux informations (après dépouillement).

L'ENTRETIEN D'INVESTIGATION

Il permet de recueillir des informations en interrogeant directement une ou plusieurs personnes. Ces informations refléteront les connaissances, les expériences, les opinions de la personne interrogée. C'est un mode de recueil de données qualitatives qui offre aussi l'avantage de recueillir des informations relevant du paralangage.

La présentation des informations dépendra de la nature de l'entretien :

- une grille d'entretien lors d'un entretien directif ;
- un guide thématique lors d'un entretien semi-directif ;
- une retranscription lors d'un entretien non directif.

Son intérêt réside dans la prise en compte des attitudes non-verbales, dans le caractère instantané et la fiabilité des données collectées. Il peut aussi apporter un complément d'information à un questionnaire, et est d'autant plus intéressant qu'il est peu onéreux.

Mais il demande de grandes qualités d'écoute de la part de l'enquêteur (écoute active), ainsi que de la psychologie.

Les enquêtes menées dans le secteur de la diététique utilisent donc des outils particuliers qui permettent de collecter des informations et d'obtenir des résultats pertinents pour répondre au mieux aux questions que soulève ce secteur en plein développement.

Chaque mode de recueil de données à ses caractéristiques propres. C'est pourquoi plusieurs d'entre eux sont souvent utilisés dans les enquêtes, de façon à réduire les imprécisions.

Finalement, quels que soient les modes de recueil de données utilisés, la rigueur de l'enquêteur est indispensable pour assurer une diffusion pertinente et objective des informations.



Entraînez-vous !

Corrigés en fin d'ouvrage

EXERCICE 1

Dans les situations suivantes, indiquez quel moyen peut être utilisé pour collecter les informations souhaitées. Précisez, pour chacun, ses intérêts et ses limites.

- 1 Dénombrer les habitants d'un pays.
- 2 Connaître l'opinion des personnels sur le fonctionnement de leur restaurant d'entreprise.
- 3 Étudier le comportement d'adolescents lorsqu'ils se rendent dans un fast-food.
- 4 Évaluer l'aptitude d'un candidat à pourvoir le poste qui lui est proposé.
- 5 Recueillir des informations sur les débouchés du BTS Diététique.
- 6 Déterminer les raisons pour lesquelles les pensionnaires d'un centre d'amaigrissement ont sollicité un rendez-vous avec la diététicienne au cours du dernier mois.

EXERCICE 2

Qu'est-ce qui, dans les situations suivantes, vous semble le mieux convenir : une étude quantitative par questionnaire ou une étude qualitative par entretien ? Justifiez votre choix.

- 1 Le directeur d'un établissement pour personnes âgées veut savoir si l'organisation et les services offerts par sa structure en matière de nutrition sont appropriés. Il demande à un intervenant de réaliser une enquête auprès des vingt résidents et des sept membres du personnel.
- 2 Un service de santé départemental voudrait évaluer les établissements pour personnes obèses qui sont sur son territoire. Cela représente environ 1500 personnes et 200 salariés à temps plein ou à temps partiel.
- 3 Une entreprise nationale veut évaluer la part de la population française qui achète des plats préparés surgelés.
- 4 Une entreprise régionale veut savoir comment les habitants de la région considèrent les plats préparés surgelés, comment ils les utilisent.
- 5 Y a-t-il un lien entre appartenance sociale et fréquentation des fast-food ?

EXERCICE 3

Dans les cas suivants, de quel type d'enquête s'agit-il (durée, nombre d'enquêtés, objectif, nature) ?

- 1** Dans le cadre de son mémoire de recherche, une étudiante interroge en deux semaines, tous les salariés à temps partiel d'une entreprise.
- 2** Pour étudier l'insertion professionnelle des bacheliers de 2011, on interroge, tous les deux ans, un échantillon tiré de la population des bacheliers concernés.
- 3** Une commune fait une enquête sur les besoins en matière de loisirs auprès d'un échantillon de 500 personnes âgées de 55 ans et plus, sélectionnées par tirage au sort sur la liste de toutes les personnes de 55 ans et plus de la commune. Cinq enquêtrices administrent l'enquête en trois semaines.
- 4** Le ministère de la Santé conduit tous les cinq ans une enquête sur les pratiques alimentaires de la population auprès d'un échantillon représentatif, afin de déterminer ses habitudes.
- 5** Un échantillon représentatif de jeunes adultes d'une même ville est interrogé sur ses préférences en matière de boissons sucrées. On prévoit d'examiner si les préférences sont les mêmes selon le sexe, l'âge, le niveau d'étude et l'origine sociale.

EXERCICE 4

La méthodologie de l'enquête

(...) Lorsque l'on fait partie d'une association, on se rend vite compte que l'information et le retour d'information sont essentiels. *L'information* parce que la communication de l'association passe par l'information qu'elle veut donner, ne serait-ce qu'elle existe et qu'elle fait quelque chose. Réaliser une enquête est donc un moyen de se faire connaître et d'avoir une image sympathique, plutôt ouverte. *Retour d'information*, parce que l'enquête est avant tout faite pour cela : piocher l'information dont on a besoin, celle qu'on ne trouve nulle part ailleurs.

Ces raisons nécessitent l'effort de faire une enquête. Si nous parlons ici d'effort c'est parce qu'une enquête demande du travail. Au risque de se laisser emporter par le sens commun, signalons tout de même qu'une enquête mal préparée ne donne pas toujours de réponses fiables et peut même aboutir à d'énormes contresens. C'est pourquoi la préparation d'une enquête doit passer par plusieurs phases et sa raison doit être bien définie.

Source : Valérie Becquet, www.animafac.net, 1998

1 Que signifient les termes *l'information* et le *retour d'information* dans la phrase soulignée du document ? Pourquoi l'auteur juge-t-elle que ces notions sont importantes ?

2 L'auteur insiste sur la nécessaire qualité du travail préparatoire d'une enquête ? Qu'en pensez-vous ? Quelles peuvent être les conséquences d'un travail préparatoire médiocre ?

EXERCICE 5



Le Baromètre santé nutrition 2008 permet une approche renouvelée de la problématique des inégalités sociales en matière d'alimentation en France, grâce

à un questionnaire spécifiquement enrichi sur cette thématique. Pour la première fois, il fournit une estimation de la prévalence des situations d'insécurité alimentaire, concept déjà mesuré dans plusieurs pays occidentaux et défini comme l'« accès restreint, inadéquat ou incertain des personnes et des ménages à des aliments sains, nutritifs et personnellement acceptables, tant sur le plan de la quantité que sur celui de la qualité, pour leur permettre de combler leurs besoins énergétiques et de mener une vie saine et productive ».

En 2008, 2,5 % de la population générale française âgée de 25 à 75 ans seraient en situation d'insécurité alimentaire sur le plan quantitatif et 39,7 % connaîtraient des limitations sur le plan qualitatif. De faibles revenus, un faible niveau d'éducation et une dégradation récente de la situation financière sont fortement associés aux situations d'insécurité alimentaire.

Dans les cas d'insécurité alimentaire quantitative, on retrouve plus souvent les marqueurs d'une situation sociale et personnelle très fragilisée (personnes jeunes, vivant seules, sans aucun diplôme, allocataires du revenu minimum d'insertion).

L'analyse des variations des consommations alimentaires en fonction du niveau de revenu (un indicateur classique du statut socio-économique) d'une part, et du degré d'insécurité alimentaire d'autre part, à partir du Baromètre santé nutrition 2008, confirme l'existence de déséquilibres alimentaires plus prononcés parmi les populations les plus défavorisées. Par rapport au reste de la population, les personnes ayant un faible revenu et/ou celles considérées comme étant en situation d'insécurité alimentaire ont une alimentation globalement moins diversifiée, caractérisée par une moindre fréquence de consommation de fruits, de légumes et de poisson,

et par un nombre plus faible de repas par jour ainsi que de plats par repas. La fréquence de consommation de boissons sucrées (sirop, soda), en revanche, apparaît plus élevée chez les personnes ayant un faible revenu, et plus encore chez celles en situation d'insécurité alimentaire quantitative, mais leur consommation d'autres produits sucrés est plus faible que celle du reste de la population.

Les résultats confirment par ailleurs l'existence d'une relation positive et linéaire entre le niveau de connaissances nutritionnelles des individus et leur niveau de revenu ou de sécurité alimentaire. Malgré des connaissances imparfaites, les personnes ayant un faible niveau de revenu ou étant en situation d'insécurité alimentaire quantitative ont conscience de ne pas toujours faire les bons choix alimentaires, puisqu'elles sont respectivement 67,7 % et 35,9 % à penser avoir une alimentation équilibrée versus plus de 80 % des personnes ayant un revenu élevé et/ou en situation de sécurité alimentaire. D'ailleurs, quel que soit le niveau de connaissances, les personnes en insécurité alimentaire ont effectivement une alimentation moins diversifiée.

Les résultats du Baromètre santé nutrition 2008 ont permis d'identifier un sous-groupe de personnes en situation d'insécurité alimentaire quantitative, très fragilisées socialement et présentant un fort risque de déséquilibres alimentaires. Globalement, leurs consommations alimentaires présentent des caractéristiques proches de celles observées dans la population plus large des personnes ayant un faible niveau de revenu, en plus prononcé. Des comportements spécifiques semblent toutefois se dégager, avec notamment un recours aux plats tout prêts et à la restauration rapide plus fréquent, stratégies sans doute développées par les individus dans certaines situations de fragilité familiale, sociale et économique qu'il reste à mieux comprendre.

Le Baromètre santé nutrition apporte ainsi un éclairage complémentaire sur le profil des personnes et des foyers les plus vulnérables en matière d'alimentation, et incite à poursuivre et adapter les actions de santé publique dans ce domaine.

Source : www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-nutrition-2008/nutrition.asp

- 1** Présentez les objectifs et les intérêts de cette enquête nationale.
- 2** Expliquez de quelle manière les résultats de l'enquête ont été exploités ?
- 3** Pourquoi présenter les informations sous forme de ce compte-rendu d'enquête ?
- 4** Quelles sont, selon vous, les insuffisances de ce compte-rendu ?