

Comparaison des attitudes et perceptions chez les participants spontanés et convoqués à un contrôle de santé

Programme national suisse de recherche No 1A. Groupe d'étude¹

I. Introduction

Le Programme national de recherche sur la prévention des maladies cardio-vasculaires (PNR 1A) s'inscrit dans le cadre des recherches évaluatives sur la modification des facteurs de risque dans la population [1]. La prévalence de l'exposition à l'hypercholestérolémie, à l'hypertension et à la consommation de tabac est de l'ordre de 50 % dans la population adulte en Suisse [11] et les domaines de l'intervention sont très étendus, ce qui justifie une approche préventive orientée vers la communauté tout entière [9]. Ainsi, dans les villes sélectionnées pour l'intervention, s'est déroulé au début du PNR 1A un examen de santé initial offert à l'ensemble de la population de plus de 10 ans. Ces résultats seront comparés à des données recueillies de la même manière trois ans plus tard.

Il importe dès lors de savoir qui sont les participants et de les comparer avec la population générale [10]. Ce travail présente d'une part certaines caractéristiques des participants à l'examen de santé et aborde, d'autre part, la question de leur représentativité par rapport à l'ensemble de la population. Il s'apparente par là à des études relatives à d'autres aspects de la représentativité des participants [2, 4, 5, 13] et permet de tirer de nouveaux enseignements pour orienter le choix des méthodes de sensibilisation et d'éducation pour la santé s'adressant à l'ensemble de la collectivité.

II. Méthodes

Les méthodes relatives à l'ensemble du programme sont décrites ailleurs [11]. Il convient de rappeler ici que dans les villes d'Aarau et de Nyon, les seules considérées dans cet article, dans une première phase la presse, la radio et la télévision ont annoncé l'étude et invité la population à participer à l'examen de santé initial. Celle-ci comprenait un échantillon prédéterminé, stratifié notamment selon l'âge, la nationalité, la taille de la famille et la durée de séjour dans la commune. Dans une deuxième phase, les membres de l'échantillon qui n'étaient pas venus spontanément ont été contactés personnellement. La figure 1 précise les


Les personnes qui participent spontanément à un contrôle de santé ont un profil d'attitudes et de perceptions différent de celles qu'il est nécessaire de convoquer personnellement: le défi qui reste posé est celui de motiver ces dernières, dont la présente étude comme d'autres font penser qu'elles ont des besoins de santé plus grands que les participants spontanés.

effectifs des participants au cours des deux périodes. La première s'étendait d'octobre 1977 à janvier 1978 à Aarau et d'octobre 1977 à février 1978 à Nyon. L'examen de santé se terminait au début d'avril 1978 dans les deux villes.

Les taux de participation de l'échantillon diffèrent d'une strate à l'autre [11]. Ils sont de 43 % chez les étrangers et respectivement de 62 % et de 73 % chez les Suisses de Nyon et d'Aarau.

Fig. 1. Collectifs intervenant dans la comparaison entre participants spontanés et convoqués

	1ÈRE PÉRIODE	2ÈME PÉRIODE
NON - ÉCHANTILLON	3383	448
ÉCHANTILLON	941	801


 ■ 4772 PARTICIPANTS SPONTANÉS □ 801 PARTICIPANTS CONVOQUÉS

Chaque participant venait se faire mesurer la taille, le poids, la pression artérielle ainsi que la cholestérolémie, muni d'un questionnaire de 83 questions, rempli au préalable. Celles qui feront directement l'objet de cette analyse sont reproduites à la figure 2 avec le regroupement choisi pour présenter les résultats descriptifs. Une autre variable d'intérêt a été constituée en tenant compte des réponses à cinq questions relatives à l'alimentation, à la consommation de tabac et à la pratique d'un sport. Deux possibilités étaient envisagées: dans le premier cas, le participant avait indiqué au moins une motivation liée à la santé pour adopter un comportement relatif à l'une de ces questions; dans le second cas, il n'en indiquait aucune qui soit liée à la santé.

En ce qui concerne l'analyse comparative entre les réponses des participants spontanés et convoqués, la méthode adoptée pour mesurer l'association statistique entre la variable «convocation» et chacune des variables d'intérêt mentionnées ci-dessus est celle de l'«odds ratio» (or). La figure 3 précise la définition de

¹ Directeurs de projet: F. Gutzwiller, B. Junod. Expert scientifique: F. H. Epstein. Coordinateurs locaux: A. Crisinel, K. Röthlisberger. Conseil scientifique: Th. Abelin, M. Bassand, L. Biland, H. R. Brunner, W. Bürgi, A. Delachaux, H. Howald, O. Jeanneret, H. Micheli, T. Moccetti, O. Oetliker, O. Ritter, G. Ritzel, J. L. Rivier, M. Schär, H. B. Staehelin, W. Vetter, L. K. Widmer. Analyse statistique: A. Marazzi/M. Lejeune. Directeur de programme: W. Schweizer. Manuscrit préparé par J. Martin, B. Junod, O. Jeanneret. Projet No 4.077.0.76.01, subventionné par le Fonds national suisse de la recherche scientifique. Adresse pour la correspondance: B. Junod, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1011 Lausanne.

cette mesure qui se situe entre 0 et 1 lorsque l'association est inverse et entre 1 et l'infini lorsque l'association est directe. Les variables d'intérêt ont donc été dichotomisées de la manière suivante: pour les questions 56 et 74 ont été considérées, selon le regroupement de la figure 2, d'une part les deux premières catégories simultanément et d'autre part la troisième catégorie; pour les questions 57 et 73, ont été considérées d'une part la première catégorie et d'autre part les deux dernières catégories simultanément. Cette manière de faire a été adoptée pour plusieurs raisons. Tout d'abord, étant donné le type de variables envisagées, il a paru prudent de ne pas introduire dans l'analyse statistique des nuances susceptibles de nuire à l'objectivité des résultats. En outre, la réduction du nombre de catégories permet de standardiser l'«odds ratio» [7] par plusieurs autres variables telles que le sexe, l'âge, la nationalité, la taille de la famille et la durée de séjour dans la commune selon la méthode de Mantel-Haenszel (OR_{SMH}).

Les tests statistiques auxquels il a été recouru pour objectiver l'évolution des proportions de certaines réponses avec l'âge ont été effectués selon la méthode relative au «Linear Trend» de Cochran [3, 8]. L'inter-

valle de confiance de l'«odds ratio» a été calculé en estimant la variance (V) par la formule suivante:

$$V = [(a + b) \cdot (a + c) \cdot (b + d) \cdot (c + d)] / [T^2 \cdot (T-1)]$$

et en supposant que le logarithme de l'«odds ratio» est distribué selon une loi de Laplace-Gauss.

Fig. 3. Définition de l'«odds ratio» (or)

		Variable "convocation"		Total
		convoqué (+)	spontané (-)	
Variable d'intérêt	+	a	b	a + b
	-	c	d	c + d
Total		a + c	b + d	T

or = ad / bc

Fig. 2. Questions posées

Question 56 originale:

Comment considérez-vous votre état de santé en général?

- 1 excellent
- 2 assez bon
- 3 moyen
- 4 plutôt mauvais
- 5 très mauvais
- 6 je ne sais pas

Regroupement de la question 56:

- 1 = excellent (1) et assez bon (2)
- 2 = moyen (3) et je ne sais pas (6)
- 3 = plutôt mauvais (4) et très mauvais (5)

Question 57

En comparant votre état de santé avec celui des personnes de votre âge, le considérez-vous comme:

- 1 meilleur
- 2 identique
- 3 moins bon

Question 73

Quelle importance donnez-vous à la santé?

- 1 Je vis à ma façon sans tenir compte des répercussions possibles sur ma santé
- 2 Je choisis mon mode de vie pour jouir d'une bonne santé (ou ne pas l'aggraver)
- 3 J'attache une grande importance à ma santé et c'est elle qui détermine mon mode de vie

Question 74

Il y a plusieurs manières de considérer la santé et la maladie. Veuillez cocher la phrase qui correspond le mieux à votre avis (une seule réponse possible):

- 1 On ne peut rien faire pour éviter de tomber malade
- 2 En général, la santé est affaire de chance, mais dans quelques circonstances on peut l'influencer
- 3 On peut contribuer soi-même pour beaucoup à l'amélioration de son état de santé

III. Résultats

a) Réponses obtenues de l'ensemble des participants

Les figures 4 à 8 présentent graphiquement les réponses données par les participants de Nyon et d'Aarau selon le sexe et trois groupes d'âge.

On remarque que les réponses données à la question 56 (fig. 4) sur l'état de santé sont similaires d'une ville à l'autre ou d'un sexe à l'autre. 70 à 89% des répondants se disent en bonne santé (rubriques «excellent» et «assez bon» de la question). De façon attendue, cette proportion diminue significativement avec l'âge ($p < 0,001$). Inversement, la proportion de ceux qui jugent leur santé moyenne ou mauvaise augmente quelque peu avec l'âge. A noter que les hommes répondent plus souvent être en bonne santé que les femmes. Ce phénomène est particulièrement sensible parmi les hommes de 16 à 24 ans d'Aarau qui sont les plus satisfaits de leur santé (89% répondent «excellent» ou «assez bon»), et c'est parmi les femmes de 45 à 69 ans de Nyon qu'on trouve la proportion la plus élevée (5%) de personnes qui pensent que leur santé est mauvaise.

Fig. 4. Distribution de fréquence des opinions sur l'état de santé Nyon/Aarau – Ensemble des répondants

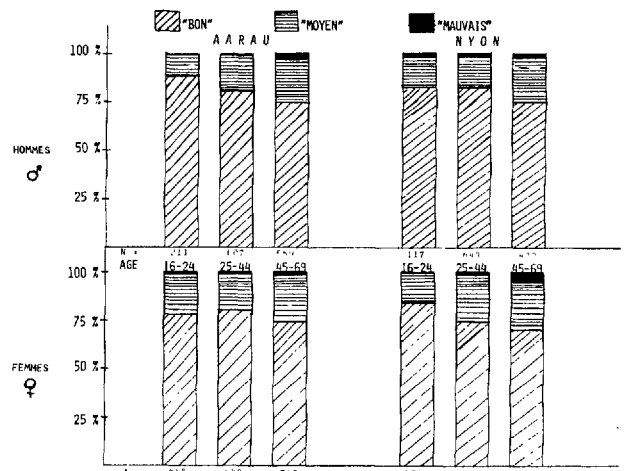


Fig. 5. Distribution de fréquence des opinions sur l'état de santé par rapport aux personnes du même âge Nyon/Aarau – Ensemble des répondants

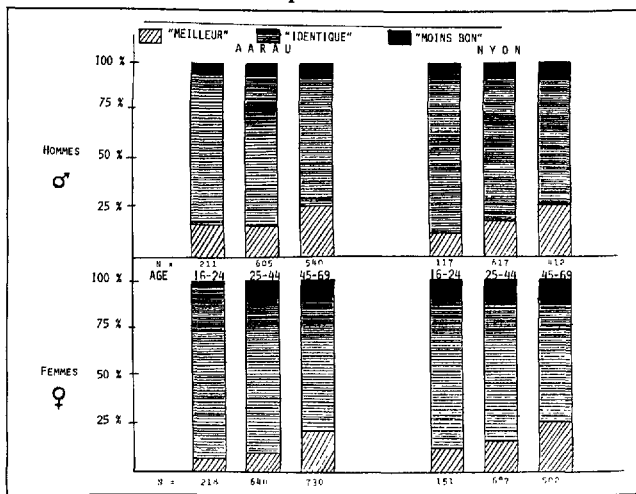


Fig. 6. Distribution de fréquence des motivations en rapport avec la santé Nyon/Aarau – Ensemble des répondants

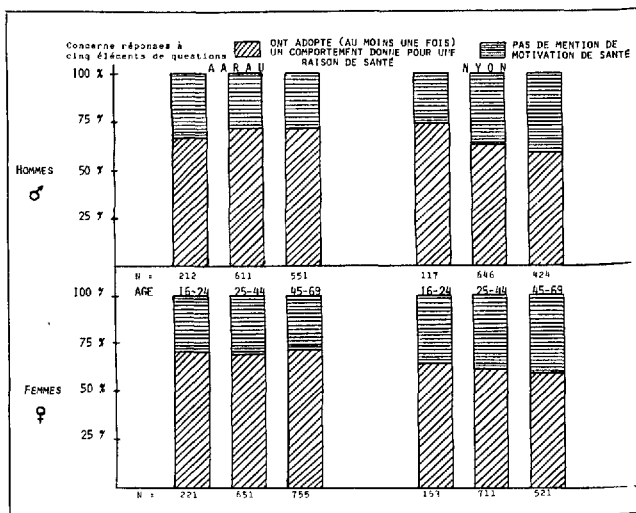
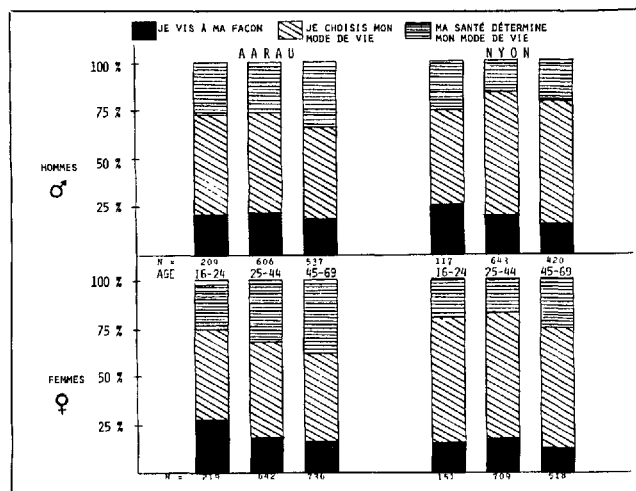


Fig. 7. Distribution de fréquence des attitudes en rapport avec la santé Nyon/Aarau – Ensemble des répondants



Les résultats relatifs à la comparaison de l'état de santé des personnes du même âge (question 57 – fig. 5) montrent que la grande majorité des répondants (64 à 90%) considèrent leur état de santé identique à celui de leurs contemporains. De façon inattendue, la proportion de ceux qui répondent «identique» diminue significativement avec l'âge ($p < 0,001$) alors que la proportion de ceux qui considèrent leur santé meilleure que celle de leurs voisins du même âge augmente. A travers les groupes d'âge on constate donc un phénomène de passage d'une catégorie dans l'autre puisque la proportion de ceux qui pensent être en moins bonne santé que leurs contemporains change relativement peu. Il y aurait donc une tendance chez les classes plus âgées à se considérer comme étant en meilleure forme que leurs contemporains alors même que, plus jeune, on pense jouir d'un état de santé équivalent. On peut noter que le groupe des femmes d'Aarau âgées de 16 à 44 ans est celui qui se considère le moins souvent en meilleure santé (7% pour les femmes de 16 à 24 ans et 9% pour celles de 25 à 44 ans).

Les réponses données aux questions concernant les motivations par rapport avec la santé (fig. 6) indiquent que, dans l'ensemble, la proportion de ceux qui adoptent un comportement donné pour une raison de santé est un peu plus faible à Nyon qu'à Aarau. Cette proportion varie peu avec l'âge à Aarau alors que pour Nyon la proportion des hommes motivés diminue avec les classes d'âge plus élevées ($p < 0,01$).

La plupart des répondants à la question 73 (fig. 7) – environ la moitié à Aarau et près des deux tiers à Nyon – disent choisir leur mode de vie pour jouir d'une bonne santé. Le nombre de ceux dont la santé détermine le mode de vie est plus grand chez les Argoviens. Les femmes de Nyon disent moins souvent vivre à leur façon, c'est-à-dire sans tenir compte des répercussions possibles sur leur santé, que les autres groupes. Enfin, pour tous, il y a une tendance avec l'âge à régler plus souvent son mode de vie en fonction des besoins de sa santé ($p < 0,001$).

Les réponses à la question 74 (fig. 8) sont dans l'ensemble nettement encourageantes, puisque c'est une très petite minorité de participants qui pensent qu'on ne peut rien faire pour éviter de tomber malade et que 73 à 80% indiquent que l'on peut contribuer soi-même beaucoup à sa santé. Les réponses sont assez homogènes entre les villes et dans les groupes d'âge, encore que la population nyonnaise apparaisse un peu plus fataliste que celle d'Aarau.

b) Différences entre les répondants convoqués et les non-convoqués (= spontanés)

En réponse à la question 56 relative à l'estimation de son état de santé, il apparaît une importante différence entre convoqués et spontanés, plus marquée à Aarau (fig. 9). Sur l'ensemble des répondants, la caractéristique «convoqué» correspond à une probabilité moins élevée de répondre que sa propre santé est excellente ou assez bonne. Cette association inverse est statisti-

quement significative au seuil $\alpha = 0,05$ pour les personnes âgées de 25 à 44 ans ($or_{SMH} = 0,176$).

Quand les participants comparent leur état de santé à celui de leurs contemporains en répondant à la question 57 (fig. 10), des différences apparaissent à Aarau, mais seulement après standardisation de l'«odds ratio» qui, calculé sur l'ensemble de la population de cette ville, indique une association inverse significative au seuil $\alpha = 0,05$. Comme pour la question préalable, les personnes de 25 à 44 ans présentent une différence significative selon qu'elles sont convoquées ou non, les convoquées indiquant en plus forte proportion un état de santé moins bon que leurs contemporains.

Les éléments de réponse rassemblés sous le titre «motivations» (fig. 11) laissent apparaître, comme on pouvait s'y attendre, que les personnes venues spontanément sont plus motivées que les convoquées. Lorsqu'on considère simultanément les réponses données dans les deux villes, l' or_{SMH} est de 0,736 ($p < 0,05$). On peut noter que le sous-groupe le moins motivé est celui des femmes convoquées dans les deux villes ($or_{SMH} = 0,655$, $p < 0,01$). La durée de résidence semble jouer ici un rôle non négligeable. L'association inverse est significative chez les personnes dont la durée de séjour dépasse trois ans ($or_{SMH} = 0,601$, $p < 0,01$) tandis qu'il n'y a pratiquement pas d'association ($or_{SMH} = 1,02$) entre convocation et motivation chez les participants ayant séjourné jusqu'à trois ans dans la commune.

Questionnaire PNR 1A

Question 56

Fig. 9. Comparaison des proportions de participants convoqués et spontanés percevant leur santé comme excellente ou assez bon – données brutes et «odds ratio» standardisée

	Convoqués		Spontanés		Association statistique	Intervalle de confiance à 95 %	
	N	%	N	%	or_{SMH}^1	Borne inf.	Borne sup.
Nyon	189	71,3	1785	77,7	0,905	0,385	2,12
Aarau	337	64,4	2010	81,8	0,498	0,244	1,02
Deux villes	526	66,8	3795	79,8	0,652	0,378	1,12
Hommes	269	69,5	1791	82,8	0,460	0,225	0,940
Femmes	257	64,1	2004	77,3	0,944	0,405	2,20

¹ «Odds ratio» calculée selon la méthode Mantel-Haenszel [7], standardisée par ville, sexe, âge, nationalité et taille de famille.

Questionnaire PNR 1A

Question 57

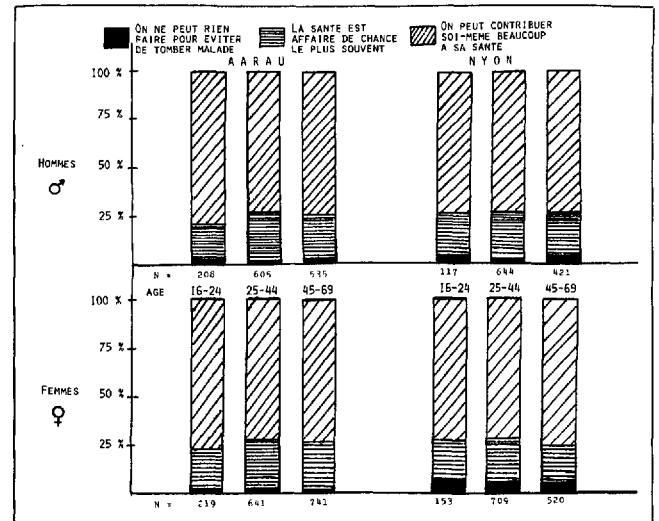
Fig. 10. Comparaison des proportions de participants convoqués et spontanés percevant leur état de santé comme meilleur que celui des personnes du même âge

	Convoqués		Spontanés		Association statistique	Intervalle de confiance à 95 %	
	N	%	N	%	or_{SMH}^1	Borne inf.	Borne sup.
Nyon	57	22,4	432	19,2	1,06	0,666	1,68
Aarau	76	15	426	17,5	0,655	0,442	0,971
Deux villes	133	17,4	858	18,3	0,811	0,602	1,09

¹ «Odds ratio» calculée selon la méthode Mantel-Haenszel [7], standardisée par ville, sexe, âge, nationalité et taille de la famille.

En ce qui concerne la question 73 (fig. 12), étaient comparés les répondants qui disent vivre sans se soucier de leur santé («Je vis à ma façon sans tenir compte des répercussions possibles sur ma santé») avec ceux qui ont répondu «Je choisis mon mode de vie pour jouir d'une bonne santé» ou «J'attache une grande importance à ma santé et c'est elle qui détermine mon mode de vie». Les «insouciant» sont nettement plus nombreux chez les convoqués que chez

Fig. 8. Distribution de fréquence des attitudes en rapport avec la santé Nyon/Aarau – Ensemble des répondants



les spontanés. Cette tendance est plus sensible chez les participants vivant à plusieurs (or_{SMH} = 2,07, p < 0,01) que chez ceux vivant seuls (or_{SMH} = 1,22).

Pour la question 74 (fig. 13) on a comparé les fatalistes («On ne peut rien faire pour éviter de tomber malade» ou «En général, la santé est affaire de chance, mais dans quelques circonstances on peut l'influencer») aux «responsabilisés» («On peut contribuer soi-même pour beaucoup à l'amélioration de son état de santé»). Les résultats indiquent une association directe dans le sens où l'on retrouve significativement plus de fatalistes chez les convoqués que chez les spontanés à Aarau (p < 0,05).

IV. Discussion

Cette étude donne une idée des caractéristiques des participants à un examen de santé dans le cadre d'un programme de prévention active. Son utilité est de fournir des éléments d'appréciation sur la réceptivité

des répondants à des actions d'éducation pour la santé. On a relevé plus haut que, par le soin que la plupart, disent-ils, prennent d'adapter leur mode de vie en tenant compte de ses répercussions possibles sur leur santé et par la large connaissance qu'ils déclarent du potentiel qu'a chacun de travailler à sa propre santé, les répondants d'Aarau et de Nyon devraient en principe être bien disposés à ce propos. Reste le hiatus connu entre attitudes exprimées et pratiques réelles.

Cela étant, la contribution majeure des résultats présentés est probablement ce qu'ils permettent de dire des caractéristiques différentes des participants spontanés à une activité de prévention et des personnes qui n'acceptent de participer qu'après y avoir été invitées personnellement (et parfois de façon répétée). Il est certain qu'un programme de prévention à large échelle, qu'elle soit primaire ou secondaire, ne peut se satisfaire de toucher ceux qui spontanément «viennent à lui». En fait, il serait nécessaire à cet égard de mieux

Questionnaire PNR 1A

Questions «motivations»

Fig. 11. Comparaison des proportions de participants convoqués et spontanés ayant adopté un comportement donné pour une raison de santé

	Convoqués		Spontanés		Association statistique or _{SMH} ¹	Intervalle de confiance à 95 %	
	N	%	N	%		Borne inf.	Borne sup.
Nyon	150	56,6	1447	62,7	0,854	0,655	1,11
Aarau	<u>322</u>	60,1	<u>1791</u>	72,7	0,659	0,525	0,827
Deux villes	472	58,9	3238	67,9	0,736	0,620	0,875

¹ «Odds ratio» calculée selon la méthode Mantel-Haenszel [7], standardisée par ville, sexe, âge, nationalité et taille de la famille.

Questionnaire PNR 1A

Question 73

Fig. 12. Comparaison des proportions de participants convoqués et spontanés vivant sans souci des répercussions possibles sur leur santé

	Convoqués		Spontanés		Association statistique or _{SMH} ¹	Intervalle de confiance à 95 %	
	N	%	N	%		Borne inf.	Borne sup.
Nyon	68	25,9	357	16,3	1,61	1,17	2,20
Aarau	<u>143</u>	28,0	<u>429</u>	17,6	1,72	1,33	2,20
Deux villes	211	27,3	786	17,0	1,67	1,37	2,04

¹ «Odds ratio» calculée selon la méthode Mantel-Haenszel [7], standardisée par ville, sexe, âge, nationalité et taille de la famille.

Questionnaire PNR 1A

Question 74

Fig. 13. Comparaison des proportions de participants convoqués et spontanés considérant que, le plus souvent, la santé est affaire de chance («fatalistes»)

	Convoqués		Spontanés		Association statistique or _{SMH} ¹	Intervalle de confiance à 95 %	
	N	%	N	%		Borne inf.	Borne sup.
Nyon	76	28,8	574	25,0	1,06	0,791	1,42
Aarau	<u>157</u>	30,7	<u>564</u>	23,1	1,48	1,16	1,89
Deux villes	233	30,0	1138	24,0	1,29	0,07	1,55

¹ «Odds ratio» calculée selon la méthode Mantel-Haenszel [7], standardisée par ville, sexe, âge, nationalité et taille de la famille.

connaître, non seulement les participants convoqués, mais aussi les *non-participants*, ceux qui n'ont pas répondu même après convocation. S'il existe quelques études étrangères sur ce point [2, 4, 5, 13], nous ne disposons pas pour notre part de données médicales sur les non-participants; les éléments socio-démographiques disponibles font l'objet d'une autre publication ([10], dans ce même numéro).

Les différences que nous avons mises en évidence entre participants spontanés et convoqués vont de façon homogène dans le sens où les personnes qui participent plus volontiers *spontanément* à des actions de promotion de la santé et de prévention de la maladie en auraient *moins besoin* que d'autres. Inversement, celles dont les attitudes et les pratiques sont moins favorables à la santé se montrent plus réticentes.

Cette tendance (l'équivalent de l'expression populaire «On prêche les convertis») a été observée dans d'autres études. Ainsi, à propos de sa série de recherches dans l'est de la France (et sans que la situation qu'il a analysée soit strictement superposable à la nôtre), *d'Houtaud* écrit: «La double caractéristique de personnes qui acceptent ou recherchent un bilan [de santé] est normalement de croire en la valeur de la santé et de s'intéresser à elles-mêmes» ([6], p. 107). Dans le même ordre d'idées, deux études, une dans le cadre de notre Programme national de recherche [12] et l'autre américaine [4] donnent des résultats similaires en ce qui concerne la participation de fumeurs et de non-fumeurs: ces derniers sont mieux représentés parmi les participants spontanés.

La question qui se pose aux promoteurs de la prévention est donc d'atteindre et de sensibiliser *les personnes qui ressemblent aux convoqués de notre étude* (et, plus avant, celles qui ressemblent aux non-participants). C'est toute la problématique de l'éducation pour la santé, le langage et les moyens à utiliser pour parler aux «convertis» n'étant pas forcément ceux qui conviennent aux autres.

Un élément très généralement admis à ce sujet est l'importance du contact personnel (un à un ou en petit groupe) pour faire passer un message pédagogique, visant à une modification de comportement. Dans notre étude, le fait que nos convoqués (qui, statistiquement, se considèrent en moins bonne santé que les participants spontanés et se montrent moins motivés) aient répondu à un contact personnalisé (la ou les convocations) est en soi une confirmation sur ce point. Les actions de type propagande, par les mass media, au début du programme d'Aarau et de Nyon avaient suffi à décider certains habitants (dont le profil est plus responsabilisé et motivé), mais pas ceux qui ressemblent aux convoqués. Par extrapolation, on peut dire aussi que les non-participants (en particulier ceux qui ne sont pas venus malgré convocation personnelle) nécessiteront une «prise en charge» différente encore, mais où l'approche individuelle, répétée si nécessaire, jouera certainement un rôle important.

Remerciements

Les questions relatives à l'action communautaire et à l'éducation pour la santé dans le cadre du Projet 1A ont été discutées périodiquement, tout au long du déroulement du programme, dans le cadre de Groupes spécialisés (un pour la Suisse allemande, un pour la Suisse romande). Les auteurs (qui font partie du Groupe «Education pour la santé» romand) tiennent à remercier leurs collègues pour le travail accompli, qui leur a été utile dans la rédaction de la présente communication.

Résumé

Etude des attitudes et perceptions en rapport avec la santé parmi les participants à un contrôle de santé entrepris lors de la phase initiale d'un programme d'action communautaire (visant à la réduction des facteurs de risque cardio-vasculaire) dans deux villes suisses, Aarau et Nyon. Sont envisagées d'une part les réponses de l'ensemble des participants, comme une approche d'un profil à cet égard de la population suisse. D'autre part, on s'attache à comparer les réponses des personnes qui ont participé spontanément à ce contrôle et de celles qui ne sont venues qu'après convocation personnelle.

Pour l'ensemble des répondants, l'image qui se dégage est celle de collectivités où 70 à 89% des personnes interrogées se disent en bonne santé (une diminution significative intervenant avec l'âge) et où 64 à 90% considèrent que leur état de santé est identique à celui de leurs contemporains. Une trouvaille intéressante est qu'avec l'âge se marque une tendance significative à penser plus souvent qu'on est en meilleure santé que ses contemporains. Interrogés sur leurs motivations d'adopter certains comportements (alimentation, usage du tabac, sport), deux tiers environ des répondants disent qu'il leur est arrivé de le faire pour une raison de santé. Un cinquième des répondants disent vivre «à leur façon», sans souci des répercussions possibles sur leur santé, alors que les autres règlent leur mode de vie en fonction des besoins de leur santé (avec une tendance significative de la proportion d'«insoucians» à diminuer dans les groupes plus âgés). Enfin, 73 à 80% des participants pensent que l'on peut contribuer soi-même beaucoup à l'amélioration de sa santé, indiquant ainsi, sur le plan du principe, une ouverture à des efforts d'éducation pour la santé.

Lorsqu'on compare les réponses des personnes venues spontanément et de celles qu'il a fallu convoquer, les différences suivantes sont statistiquement significatives: les spontanés se considèrent plus souvent en bonne santé; ils ont plus souvent dans le passé adopté des comportements donnés pour une raison de santé; ils choisissent plus souvent leur mode de vie en fonction des besoins de leur santé et ils pensent plus souvent qu'on peut soi-même contribuer beaucoup à sa santé (ils sont donc moins «insoucians» et moins «fatalistes»). Enfin, comparant leur santé à celle de leurs contemporains, ce n'est qu'à Aarau que ces répondants spontanés répondent plus souvent être en meilleure santé.

Les implications de ces résultats pour l'éducation à la santé et la nécessité de donner une attention particulière aux besoins des personnes qui ne participent pas spontanément à de tels programmes sont discutées.

Summary

Health Attitudes and Perceptions among Participants in a Cardiovascular Risk Oriented Health Examination—Comparison Between Spontaneous Participants and those who came only when Personally Requested

In the initial phase of a community-based program aiming at cardiovascular risk factor prevention in two Swiss towns, Aarau and Nyon, a health examination was proposed, the participants of which filled a questionnaire about their knowledge, attitudes and practices in relation with health matters. The present study looks at the data obtained in respect to attitudes and perceptions, first for the whole respondent group, and then in comparing spontaneous participants with those who came only after receiving a personal invitation/ appointment.

As regards the whole participant population, 70–89% of the questioned persons think they are in good health (with a significant decrease intervening with age), 64–90% consider their state of health as identical to the one of persons of the same age. Interestingly,

there is a statistically significant trend, when advancing in age, to believe more often that one is in better health than one's contemporaries. Asked about their motives for adopting given behaviors (regarding nutrition, tobacco use, physical exercise), two-thirds of the respondents say they have at least once done it for a health reason. One-fifth say they live «as they please», without attention to possible health consequences, while the others choose their lifestyle according to the needs of their health (the number of the «unconcerned» decreasing significantly in older age groups). 73–80% of the respondents think one can contribute much to the improvement of one's own health, thus showing, in principle, an attitude favorable to health education efforts.

Comparing the responses of spontaneous participants with those of people who had to be personally requested to come, the following statistically significant differences appear: the spontaneous ones think more often that they are in good health; they have more often in the past adopted given behaviours for health reasons; they select more often their way of life on health grounds and they believe more often that it is possible to contribute much to one's health (they are thus less «fatalistic»). Finally, when comparing their health to the one of people of the same age, it is only in Aarau that these spontaneous participants say more often that they are in better health.

The implications of these results for health education and the necessity to give particular attention to the needs of people who do not engage spontaneously in prevention programmes are discussed.

Zusammenfassung

Haltungen und Einstellungen von Teilnehmern an einer Gesundheitskontrolle – Vergleich zwischen spontanen Teilnehmern und Teilnehmern aufgrund einer persönlichen Einladung.

Zu Beginn eines gemeindeorientierten Interventionsprogrammes zur Verhütung von Herz- und Kreislauferkrankungen in zwei Schweizer Städten (Aarau und Nyon) wurde im Rahmen einer Gesundheitskontrolle auch ein Fragebogen ausgefüllt, welcher Wissen, Einstellungen und Verhalten der Teilnehmer feststellte. Die vorliegende Studie vergleicht die Einstellungen derjenigen, welche spontan an der Untersuchung teilnahmen, mit denen, welche erst nach einer persönlichen Einladung zur Untersuchung erschienen.

70–89% aller Befragten geben an, dass sie sich eines guten Gesundheitszustandes erfreuten, 64–90% glauben, dass ihr Gesundheitszustand demjenigen anderer Personen gleichen Alters entspricht. Mit zunehmendem Alter glauben statistisch signifikant mehr Personen, dass sie einen besseren Gesundheitszustand als ihre Gleichaltrigen aufweisen. Zwei Drittel der Befragten geben an, dass sie ihren Lebensstil zumindest zeitweise aufgrund von gesundheitlichen Erwägungen verändert haben. Ein Fünftel der Befragten lebt ohne Beachtung von gesundheitlichen Konsequenzen, während die restlichen ihren Lebensstil ganz auf gesundheitliche Zielsetzungen ausrichten. (Die Anzahl derjenigen, welche sich nicht um die gesundheitlichen Konsequenzen ihres Lebensstils kümmern, nimmt mit zunehmendem Alter signifikant ab.) 73–80% der Befragten glauben, dass man selbst viel zur Verbesserung des eigenen Gesundheitszustandes tun kann. Damit dokumentieren sie, wenigstens im Prinzip, eine für Gesundheitserziehungsprogramme positive Einstellung.

Im Vergleich der spontanen Teilnehmer mit denjenigen, welche persönlich eingeladen wurden, zeigen sich folgende statistisch signifikante Unterschiede: Die Spontangekommenen glauben häufiger, dass sie sich eines guten Gesundheitszustandes erfreuen; sie haben häufiger bestimmte Verhaltensweisen aufgrund gesundheitlicher Erwägungen geändert; sie wählen ihren Lebensstil häufiger aufgrund gesundheitlicher Zielsetzungen und glauben häufiger, dass man selbst etwas für den eigenen Gesundheitszustand unternehmen kann. Im Vergleich mit dem Gesundheitszustand ihrer Altersgenossen geben sie häufiger an, sich in einem guten Gesundheitszustand zu befinden (nur Aarau).

Die Bedeutung dieser Resultate für Gesundheitserziehungsprogramme und für den Einbezug derjenigen, welche nicht spontan teilnehmen, werden diskutiert.

Bibliographie

- [1] Breslow, L., Risk factor intervention for health maintenance, *Science* 200, 908–912 (1978).
- [2] Cobb, S., King, S., et Chew, E., Difference between respondents and non-respondents in a morbidity survey involving clinical examination, *J. Chron. Dis.* 6, 95–108 (1957).
- [3] Cochran, W. G., Some methods for strengthening the common χ^2 tests, *Biometrics* 10, 417–451 (1954).
- [4] Criqui, M. H., Barret-Connor, E., et Austin, M., Differences between respondents and non-respondents in a population-based cardiovascular disease study, *Amer. J. Epid.* 108, 367–372 (1978).
- [5] Criqui, M. H., Austin, M. et Barrett-Connor, E., The effect of non-response on risk ratios in a cardiovascular disease study, *J. Chron. Dis.* 32, 633–638 (1979).
- [6] d'Houtaud, A., Les représentations de la santé – Recherches dans un centre de bilan de santé en Lorraine, *Revue internat. éduc. santé* 19, 99–118 (1976).
- [7] Mantel, N. et Haenszel, W., Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease, *J. Natl. Cancer Institute* 22, 719–748 (1959).
- [8] Mantel, N., Chi-square tests with one degree of freedom; extensions of the Mantel-Haenszel Procedure, *J. Amer. Statist. Ass.* 52, 690–700 (1963).
- [9] Marmot, M. G., Epidemiological basis for the prevention of coronary heart disease, *Bull. WHO* 57, 331–347 (1979).
- [10] Programme national de recherche sur la prévention des maladies cardio-vasculaires, Groupe d'étude. Campagne pour la prévention des maladies cardio-vasculaires: les déterminants sociaux de la participation à l'examen de santé initial. *Sozial- und Präventivmedizin* 25, 250 (1980).
- [11] Programme national de recherche sur la prévention des maladies cardio-vasculaires, Groupe d'étude. Programme nat. de recherche sur les mal. cardio-vasc.: L'examen de santé initial. *Schweiz. med. Wschr.* 110 (1980) (à paraître).
- [12] Schweiz. Nationales Forschungsprogramm für die Prophylaxe kardiovaskulärer Krankheiten, Autorengruppe. Rauchgewohnheiten in vier Schweizer Städten. *Schweiz. med. Wschr.* 110, 1980 (à paraître).
- [13] Wilhelmsen, L. et al., A comparison between participants and non-participants in a primary prevention trial, *J. Chron. Dis.* 29, 331–339 (1976).