

No 11-522-XIF au catalogue

**La série des symposiums internationaux  
de Statistique Canada - Recueil**

**Symposium 2006 : Enjeux  
méthodologiques reliés à la  
mesure de la santé des  
populations**



2006



Statistics  
Canada

Statistique  
Canada

Canada

## **Conception et mise à l'essai d'un questionnaire sur la santé de l'enfant avec réponse donnée par un fournisseur de soins pour la New Zealand Health Survey**

Sarah Gerritsen<sup>1</sup>

### **Résumé**

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande a élargi son enquête sur la santé de la population, la New Zealand Health Survey (NZHS), de façon à y intégrer un questionnaire portant précisément sur la santé des enfants. Le principal objectif de ce questionnaire est de recueillir auprès de parents ou de fournisseurs de soins des données sur la santé pouvant servir à évaluer l'état de santé des enfants à l'échelle de la population, le recours aux services de santé ainsi que les risques pour la santé et les comportements de protection qui trouvent leur origine dans l'enfance. Auparavant, seules les données recueillies à l'occasion des contacts de l'enfant avec le système de santé, comme les dossiers administratifs des hôpitaux et les bases de données sur les maladies/blessures, étaient disponibles pour évaluer la santé des enfants en Nouvelle-Zélande. L'auteure examine le processus de conception du questionnaire concernant la composante de la NZHS de 2006-2007 sur la santé des enfants, notamment en ce qui a trait au choix des sujets, à l'établissement des questions, aux tests cognitifs, au plan d'échantillonnage préliminaire, à la rédaction finale des questions et à l'essai général.

MOTS CLÉS : Conception de questionnaires; enquêtes sur la santé; santé des enfants.

### **1. Introduction**

#### **1.1 La nécessité de réunir des données sur la santé des enfants en Nouvelle-Zélande**

La santé des enfants constitue une préoccupation grandissante en Nouvelle-Zélande. Lorsque l'on compare la situation des enfants de ce pays à celle des enfants de pays occidentaux semblables, on découvre que les jeunes néo-zélandais présentent des taux élevés de maladies infectieuses, particulièrement la pneumonie, la bronchectasie, les infections cutanées, la méningococcie, la tuberculose et le rhumatisme articulaire aigu de même que des taux élevés de blessures (D'Souza et Wood, 2003). Avec la prévalence grandissante de l'obésité, le diabète de type 2 peut maintenant se développer chez les enfants néo-zélandais, et on reconnaît que de nombreux problèmes de santé chez les adultes, comme les maladies cardiovasculaires, trouvent leur origine dans l'enfance (ministère de la Santé, 2005a).

Les problèmes de santé ne sont pas répartis de façon égale dans la population des enfants de la Nouvelle-Zélande. Le taux de mortalité des jeunes enfants maoris est presque le double de celui des non maoris, le risque de mort subite du nourrisson y est six fois plus élevé et le risque de contracter le rhumatisme articulaire aigu y est 20 fois plus élevé (Melville, 2003). Comme le quart des enfants de la Nouvelle-Zélande sont des enfants maoris, toute tentative d'améliorer la santé des enfants du pays doit notamment porter sur la santé des enfants maoris.

Comme c'est le cas dans de nombreux autres pays, la Nouvelle-Zélande affiche d'importants écarts sur le plan de la santé selon le statut socioéconomique. La pauvreté peut se traduire par des logements surpeuplés, un chauffage déficient, une alimentation déséquilibrée et du stress, ce qui par ricochet se solde par des problèmes de santé chez les enfants. Dans la recherche *New Zealand Living Standards* de 2004, 13 % des parents ont signalé avoir remis à plus tard une visite chez le médecin pour leurs enfants en raison du coût de cette visite, les deux tiers de ces enfants vivant dans des familles connaissant d'importantes ou de graves difficultés (Jensen et coll., 2006).

---

<sup>1</sup> Sarah Gerritsen, Public Health Intelligence, ministère de la Santé, C.P. 5013, Wellington 6001, Nouvelle-Zélande, sarah\_gerritsen@moh.govt.nz.

Les lacunes mises au jour dans les sources de données administratives existantes, notamment les dossiers d'admission des hôpitaux et les bases de données sur les maladies et les blessures, sont des preuves qu'il faut réunir davantage de renseignements sur l'état de santé des enfants afin de mieux planifier les politiques à ce sujet. En mai 2005, le ministère de la Santé décidait d'élargir son enquête sur la santé de la population, la New Zealand Health Survey (NZHS), afin de recueillir auprès de parents ou de fournisseurs de soins des données pouvant servir à évaluer l'état de santé des enfants, le recours aux services de santé ainsi que les risques pour la santé et les comportements de protection qui trouvent leur origine dans l'enfance. Des travaux ont aussi été entrepris simultanément concernant un indicateur national de la santé des enfants. On cherchait à réunir des données provenant de diverses sources d'information sur ce sujet, dans le but d'établir cet indicateur grâce aux données du nouveau module sur les enfants de la NZHS (Craig, 2006).

## **1.2 La New Zealand Health Survey**

La NZHS est le principal instrument de collecte de données d'un programme d'enquêtes sur la santé et d'études par cohorte regroupées dans le cadre du New Zealand Health Monitor (NZHM, surveillance de la santé en Nouvelle-Zélande). Le programme du NZHM est dirigé par la Public Health Intelligence, le service d'épidémiologie du ministère de la Santé. Outre la NZHS, le programme comprend des enquêtes nationales sur les habitudes alimentaires des adultes et des enfants, une enquête sur la santé mentale, une enquête annuelle sur le tabagisme ainsi qu'une enquête sur la consommation d'alcool et de drogues. Une enquête sur la santé bucco-dentaire s'y ajoutera bientôt (ministère de la Santé, 2005b).

La NZHS a été réalisée en 1992-1993, 1996-1997 et 2002-2003, et le gouvernement s'est engagé à la reprendre tous les trois ans à compter de 2006-2007 (ministère de la Santé, 2005b). La collecte des données dans le cadre de la NZHS est effectuée en personne au domicile du répondant par des intervieweurs formés utilisant un logiciel d'interviews sur place assistées par ordinateur.

Le contenu de la NZHS a varié au fil des ans, mais il contient en règle générale des modules sur les problèmes de santé chroniques, sur l'état de santé en général (mesuré à l'aide du SF-36 et d'autres instruments), sur le recours aux services de santé en mettant l'accent sur les soins de santé primaires, sur les comportements à risque et les facteurs de protection (comme l'activité physique, le tabagisme et la consommation d'alcool) de même que sur les données sociodémographiques. Depuis 2002-2003, la NZHS comprend une brève section anthropométrique où sont consignées les données relatives à la grandeur, au poids et au tour de taille (mesurés par l'intervieweur) du répondant.

## **1.3 Méthodologie relative au module de la NZHS de 2006-2007 sur les enfants**

Des données sur l'utilisation des services de santé à l'intention des enfants ont été recueillies dans le contexte de la NZHS de 1996-1997. Des questions supplémentaires étaient posées aux répondants s'ils étaient les parents d'enfants de moins de 15 ans. Des renseignements concernant 1 019 enfants seulement avaient alors été réunis dans l'échantillon final, ce qui donnait lieu à une marge d'erreur relativement importante (ministère de la Santé, 1999).

Afin d'accroître le nombre d'enfants dans l'échantillon final, l'enfant répondant à la NZHS de 2006-2007 est choisi au hasard au niveau du ménage plutôt qu'au niveau du répondant, puis le principal fournisseur de soins est interviewé, peu importe qu'il s'agisse ou non du répondant adulte à la NZHS. Toute personne de 15 ans ou plus peut remplir le questionnaire de l'adulte de la NZHS. On prévoit que cette façon de procéder se traduira dans l'échantillon final par la présence d'environ 5 000 enfants (de 0 à 14 ans) provenant des 12 500 ménages participant à la NZHS pendant la période de collecte de 12 mois. Voir dans les actes du Symposium le document sur *l'échantillonnage de la population maorie dans la NZHS de 2006-2007*, par Clark et Gerritsen, pour plus de renseignements sur le plan d'enquête.

Le fait de disposer de moins de 12 mois, de la conception à la collecte des données, pour concevoir le questionnaire a entraîné l'utilisation d'une méthode efficace. Le présent document expose en détail le processus à quatre étapes utilisé pour concevoir le questionnaire sur la santé des enfants pour la NZHS de 2006-2007 : établissement d'objectifs à l'aide de cadres théoriques, définition des variables d'intérêt, rédaction du questionnaire provisoire et mise à l'essai des questions. Ce processus peut être adapté à la conception d'autres questionnaires.

## **2. Établissement des cadres conceptuels et des objectifs**

### **2.1 La vue holistique de l'enfant et le modèle des paramètres clés**

Afin de produire des données sur la santé des enfants dont pourraient se servir directement les responsables des politiques, les concepteurs ont commencé par consulter les cadres stratégiques actuellement utilisés en Nouvelle-Zélande concernant la santé et le bien-être des enfants. Le principe de la vue holistique de l'enfant, décrit dans le *New Zealand Agenda for Children* (ministère du Développement social, 2002), s'est révélé être un cadre théorique approprié sur lequel pourraient être fondées les décisions ultérieures relativement au contenu du questionnaire.

Le principe de la vue holistique de l'enfant permet de prendre en considération tous les aspects de sa vie et non pas uniquement des problèmes isolés. Il met l'accent sur ce dont a besoin l'enfant pour se développer sainement plutôt que sur la résolution des problèmes au fur et à mesure qu'ils surviennent. L'enfant n'est toutefois pas considéré comme un « adulte en devenir ». L'importance est accordée autant à son développement ponctuel qu'à son développement ultérieur. Cette méthode met en évidence la nécessité de se pencher sur ce que tout le gouvernement peut faire pour favoriser le développement de l'enfant plutôt que de s'attarder à des solutions ne concernant qu'un seul secteur de sa vie (ministère du Développement social, 2002).

La méthode de la vue holistique de l'enfant favorise autant que possible la participation de l'enfant aux décisions stratégiques, car elle reconnaît que l'enfant est un participant compétent à la société et une source de précieux renseignements (ministère du Développement social, 2004). Les concepteurs ont envisagé d'intégrer à la NZHS un instrument conçu pour recueillir des renseignements directement auprès de l'enfant, en plus du questionnaire que doit remplir le principal fournisseur de soins. Cependant, comme il faut beaucoup de temps et de compétences pour mettre au point un tel questionnaire, on a décidé d'examiner cette possibilité plus à fond en vue de la NZHS de 2009-2010.

Un autre aspect important de la méthode de la vue holistique de l'enfant est celui-ci : même si l'enfant est un citoyen à part entière, il est impossible de l'isoler des « paramètres clés » dans lesquels il vit et se développe. Pour bien comprendre l'enfant, nous devons comprendre son environnement : ses parents, sa famille, ses amis et ses camarades, son école, sa collectivité et d'autres importants contextes sociaux et culturels (ministère du Développement social, 2004). Lors de la conception du questionnaire de la NZHS de 2006-2007 portant sur l'enfant, la méthode de la vue holistique de l'enfant et le modèle des paramètres clés ont mis en évidence l'importance de prendre en considération d'éventuels déterminants de la santé à niveaux multiples pour s'assurer de ne négliger aucun aspect de la vie complexe de l'enfant.

### **2.2 Stratégie de la Nouvelle-Zélande sur la santé de l'enfant**

La stratégie sur la santé de l'enfant du ministère de la Santé (1998) précisait aussi l'orientation à donner au questionnaire sur l'enfant de la NZHS en cernant quatre groupes de population prioritaires relativement à la politique sur la santé de l'enfant : les enfants maoris, les enfants des îles du Pacifique, les enfants ayant besoin d'une grande assistance en matière de santé et d'incapacité ainsi que les enfants issus de familles dont les désavantages sociaux et économiques sont multiples. Le questionnaire sur l'enfant de la NZHS de 2006-2007 vise à recueillir des renseignements appropriés sur ces groupes prioritaires afin de réaliser des analyses aussi approfondies que possible.

## **3. Définition des sujets et des variables d'intérêt**

### **3.1 Importance des résultats**

Pouvant se fonder sur un contexte théorique clair, les concepteurs ont commencé par dresser la liste des thèmes connexes à la santé de l'enfant ainsi que des sources d'information disponibles. Par exemple, comme le cancer et la nutrition ont été inscrits sur la liste, le registre national du cancer et l'enquête nationale sur la nutrition de l'enfant, menée tous les dix ans auprès d'enfants d'âge scolaire, ont été utilisés. Des thèmes propres aux enfants, comme l'allaitement naturel et l'éducation des jeunes enfants, ont également été inscrits sur cette liste.

Pour ce qui est des sujets pour lesquels aucune donnée à jour n'existait, les concepteurs ont examiné les variables pouvant éventuellement être produites par la NZHS et ont ajouté ces sujets à leur liste. Certains thèmes ont été retenus même s'il y avait déjà une source de données, lorsque le thème constituait une importante variable d'analyse en rapport avec d'autres variables. C'est ainsi que le thème des problèmes de santé chroniques a été retenu, par exemple, non pas pour produire des estimations de la prévalence, mais plutôt pour réaliser des analyses des données sur l'utilisation des services de santé par les enfants ayant des problèmes de santé chroniques diagnostiqués et par les enfants n'ayant pas ces problèmes.

### **3.2 Vaste consultation sur les sujets**

Une vaste consultation sur la liste des sujets retenus accompagnés des variables correspondantes a ensuite été menée en août 2005 auprès d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, de décideurs, d'universitaires et de spécialistes de la santé des enfants. Ces consultations ont permis aux intervenants de se concentrer sur l'importance et l'utilisation possibles des données ainsi que de cerner les sujets inutiles (lorsqu'il y avait double emploi avec les sources existantes de données) et absents, et ce, plus facilement que s'ils avaient passé en revue un questionnaire provisoire. Cette façon de procéder a également permis aux concepteurs d'épargner considérablement de temps en obtenant rapidement des commentaires sur les décisions prises et les progrès effectués jusque-là.

Le sujet de l'immunisation nous fournit un bon exemple de double emploi avec une source existante de données. On s'employait à l'époque à élaborer un registre national sur l'immunisation, qui aurait pu assurer une couverture presque complète de l'immunisation des enfants. Il n'était donc plus nécessaire d'inclure ce sujet dans les enquêtes transversales.

Voici deux exemples de sujets qui ne figuraient pas sur la liste et qui ont été soulevés par des analystes des politiques : les méthodes disciplinaires utilisées avec les enfants et le tabagisme passif chez les enfants, particulièrement dans les voitures. Ce sont là des questions stratégiques imminentes pour le gouvernement du pays, et les analystes ont besoin de données pour élaborer des politiques éclairées sur ces sujets, lesquels ont donc été intégrés au questionnaire.

## **4. Compilation du questionnaire provisoire**

### **4.1 Enquêtes internationales sur la santé des enfants**

Une fois la liste des sujets terminée, les questionnaires d'enquêtes précédentes sur la santé des enfants ont été examinés afin d'établir un questionnaire provisoire à l'aide de questions validées existantes, dans la mesure du possible. La priorité a été accordée aux questions utilisées auprès de populations semblables dans le contexte d'enquêtes nationales sur la santé. Les questionnaires suivants se sont révélés particulièrement utiles : le questionnaire de l'enfant de l'Australian National Health Survey, les questionnaires de la Western Australian Survey et de la New South Wales Child Health and Wellbeing Survey, le questionnaire de l'enfant de la Health Survey for England, le questionnaire de l'Enquête nationale sur la santé de la population du Canada et celui de la National Survey of Children's Health des États-Unis.

### **4.2 Questionnaires sur la santé des enfants**

On a établi qu'il était important d'inclure dans le questionnaire de l'enfant de la NZHS un instrument sur l'état de santé général ayant produit des scores agrégés pour les répondants concernant une vaste gamme de sujets, semblable au questionnaire SF-36. Idéalement, les concepteurs désiraient choisir un instrument qui portait sur l'intervalle d'âge le plus large possible (entre 0 et 15 ans), qui pouvait être rempli en moins de dix minutes, qui présentait de bonnes propriétés psychométriques (validité, fiabilité et réceptivité) et qui couvrait les domaines du développement physique, mental/affectif et social de l'enfant. Il était préférable que cet instrument ait été utilisé dans le cadre d'autres enquêtes nationales sur la santé de la population et, si possible, en Nouvelle-Zélande.

Les instruments suivants ont été pris en considération : questionnaires sur les étapes du développement, profils de dépistage précoce AGS, profil de l'état de santé et des maladies des enfants (CHIP-CE et CHIP-AE), questionnaire

sur la santé de l'enfant (CHQ-PF28), répertoire des invalidités fonctionnelles, indice de la qualité de vie liée à la santé KIDSCREEN-27/10, évaluation pédiatrique du développement, version 4 de l'échelle de qualité de vie en pédiatrie (PedsQL 4.0), SF-10 pour l'enquête sur la santé des enfants, questionnaire sur les points forts et les difficultés.

Le PedsQL 4.0 SF et le CHQ-PF28 répondaient à la majorité des critères et pouvaient être intégrés au questionnaire de l'enfant de la NZHS de 2006-2007. Le PedsQL 4.0 SF pouvait être utilisé avec des enfants de 2 ans et plus, pouvait être rempli rapidement et portait sur tous les domaines liés à la santé. Les concepteurs étaient persuadés que les questions simples de cet instrument donneraient de bons résultats avec la population diversifiée de la Nouvelle-Zélande. Le PedsQL 4.0 SF était cependant un tout nouvel outil, et sa validité n'avait donc pas été testée sur une grande échelle. Par ailleurs, le CHQ-PF28 avait été validée sur une grande échelle et affichait de solides propriétés psychométriques. Comme la version longue avait été utilisée avec succès partout dans le monde, y compris en Australie, des données de comparaison seraient disponibles. Il fallait moins de dix minutes pour y répondre, et sa présentation et son libellé étaient semblables au SF-36 du questionnaire de l'adulte de la NZHS. Bien que le CHQ-PF28 ne s'adressait qu'aux jeunes de 5 à 18 ans, on s'employait à élaborer une version pour les moins de 5 ans (Landgraf et coll., 1999).

Les concepteurs ont convenu d'inclure le CHQ-PF28 dans le questionnaire de l'enfant de la NZHS de 2006-2007. Ils ont aussi l'intention d'y intégrer le nouvel instrument à l'intention des moins de 5 ans dans les futures enquêtes sur la santé en Nouvelle-Zélande.

### 4.3 Contenu final du questionnaire de l'enfant de la NZHS de 2006-2007

Tableau 1 – Résumé du contenu final du questionnaire de l'enfant de la NZHS de 2006-2007

<b>Module 1 – Santé et développement</b>		
<b>Sujet</b>	<b>Source de la question</b>	<b>Groupe d'âge</b>
Problèmes de santé chroniques diagnostiqués	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans
Traitement des problèmes de santé chroniques	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans
Asthme (cinq questions)	International Study of Asthma and Allergies in Children (ISAAC) – Questionnaire abrégé (Asher et coll., 1999)	5 à 14 ans
Coryza (trois questions)	Questionnaire abrégé de l'ISAAC (Asher et coll., 1999)	5 à 14 ans
Eczéma (trois questions)	Questionnaire abrégé de l'ISAAC (Asher et coll., 1999)	5 à 14 ans
<b>Module 1 – Santé et développement (suite)</b>		
Perception de l'état général de santé	CHQ-PF28 (Landgraf et coll., 1999)	0 à 14 ans
Limitation physique (trois questions)	CHQ-PF28 (Landgraf et coll., 1999)	5 à 14 ans
Limitations causées par des difficultés de caractère affectif	CHQ-PF28 (Landgraf et coll., 1999)	5 à 14 ans
Limitations causées par la santé physique	CHQ-PF28 (Landgraf et coll., 1999)	5 à 14 ans
Douleur corporelle	CHQ-PF28 (Landgraf et coll., 1999)	5 à 14 ans
Comportement, santé mentale, estime de soi (dix questions)	CHQ-PF28 (Landgraf et coll., 1999)	5 à 14 ans
Perception de l'état général de santé (quatre questions)	CHQ-PF28 (Landgraf et coll., 1999)	5 à 14 ans
Incidence de la santé physique de l'enfant sur le fournisseur de soins	CHQ-PF28 (Landgraf et coll., 1999)	5 à 14 ans
Incidence de la santé affective de l'enfant sur le fournisseur de soins	CHQ-PF28 (Landgraf et coll., 1999)	5 à 14 ans
Incidence de la santé physique de l'enfant sur l'emploi du temps du fournisseur de soins	CHQ-PF28 (Landgraf et coll., 1999)	5 à 14 ans
Incidence de la santé affective de l'enfant sur l'emploi du temps du fournisseur de soins	CHQ-PF28 (Landgraf et coll., 1999)	5 à 14 ans
Incidence de la santé de l'enfant sur les activités familiales (deux questions)	CHQ-PF28 (Landgraf et coll., 1999)	5 à 14 ans
Cohésion de la famille	CHQ-PF28 (Landgraf et coll., 1999)	0 à 14 ans
Discipline (deux questions)	D'après Maxwell (1993)	0 à 14 ans

<b>Module 2 – Recours aux services de santé</b>		
<b>Sujet</b>	<b>Source de la question</b>	<b>Groupe d'âge</b>
Fournisseur habituel de soins de santé primaires (trois questions)	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans
Praticiens généraux (huit questions)	NZHS de 1996-1997	0 à 14 ans
Infirmiers de soins de santé primaires (cinq questions)	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans
Médecins spécialistes (deux questions)	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans
Santé bucco-dentaire (neuf questions)	D'après l'enquête sur la nutrition des enfants de 2002 (ministère de la Santé, 2003)	1 à 14 ans
Médicaments prescrits (trois questions)	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans
Conseils en santé par téléphone (deux questions)	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans
Soins de santé secondaires (cinq questions)	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans
<b>Module 3 – Risques et facteurs de protection</b>		
<b>Sujet</b>	<b>Source de la question</b>	<b>Groupe d'âge</b>
Perception du poids de l'enfant par le fournisseur de soins	Adaptée de l'Australian National Health Survey (ABS, 2001).	0 à 14 ans
Allaitement naturel (deux questions)	Australian National Health Survey (ABS, 2001)	0 à 14 ans
Nutrition du jeune enfant (six questions)	Australian National Health Survey (ABS, 2001)	0 à 4 ans
Nutrition (six questions)	Adaptée de Youth'07	2 à 14 ans
Activité (cinq questions)	Youth'07 (Watson et coll., 1999) et enquête sur la nutrition des enfants de 2002 (ministère de la Santé, 2003)	5 à 14 ans
<b>Module 4 – Données sociodémographiques</b>		
<b>Sujet</b>	<b>Source de la question</b>	<b>Groupe d'âge</b>
Sexe	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans
Lien de l'enfant avec le principal fournisseur de soins	D'après la classification des liens du bureau de la statistique de la Nouvelle-Zélande	0 à 14 ans
Date de naissance	Recensement de 2006 de la Nouvelle-Zélande	0 à 14 ans
Origine ethnique et descendance maorie	Recensement de 2006 de la Nouvelle-Zélande	0 à 14 ans
Pays de naissance et année d'immigration, le cas échéant	Recensement de 2006 de la Nouvelle-Zélande	0 à 14 ans
Langues parlées par l'enfant/langues comprises par l'enfant	D'après le Recensement de 2006 de la Nouvelle-Zélande	0 à 14 ans
Allocation d'invalidité ou allocation d'invalidité pour l'enfant	Recensement de 2006 de la Nouvelle-Zélande	0 à 14 ans
Assurance médicale	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans
Exposition à la fumée secondaire dans la maison ou la voiture	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans
Mobilité de l'enfant à la maison	Youth '07 (Watson et coll., 2001)	0 à 14 ans
Partage des soins et/ou modalités de garde	Nouveau	0 à 14 ans
Soins du jeune enfant (quatre questions)	Nouveau – Question élaborée avec des représentants du ministère de l'Éducation	0 à 4 ans
Âge du principal fournisseur de soins au dernier anniversaire	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans
Niveau de scolarité du principal fournisseur de soins	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans
Emploi et nombre d'heures de travail par semaine du principal fournisseur de soins	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans
Revenu et composition du ménage (quatre questions)	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans
Mode d'occupation du logement	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans
Nombre de chambres dans le logement	D'après une question aux adultes de la NZHS	0 à 14 ans

## 5. Mise à l'essai des questions

### 5.2 Tests cognitifs

Les tests cognitifs du questionnaire provisoire ont été réalisés par un organisme contractuel de recherche en mars 2006 auprès de 11 parents/fournisseurs de soins de sexe féminin et de neuf parents/fournisseurs de soins de sexe masculin. L'âge des enfants variait de une semaine à 14 ans, et les statuts socioéconomiques ainsi que les niveaux de scolarité des répondants étaient différents. L'objectif global des tests cognitifs était de s'assurer que les questions étaient facilement compréhensibles pour les répondants et pouvaient produire des données de haute qualité (Fowler Jr., 1995).

Les tests cognitifs comportaient trois grands volets : 1) savoir de quelle façon les répondants comprenaient et interprétaient les questions; 2) savoir de quelle façon les répondants se souvenaient de l'information requise pour répondre aux questions; 3) comprendre les réflexions des répondants quant à l'information à utiliser pour formuler leurs réponses.

Les intervieweurs ont commencé par un bref exercice d'association de mots concernant les sujets abordés par les questions. Cela a aidé les chercheurs à comprendre de quelle façon les répondants comprenaient et interprétaient les mots clés avant qu'ils ne soient « contaminés » par le processus de recherche (c'est-à-dire avant que les répondants ne réfléchissent à leurs réponses aux questions mises à l'essai). Par exemple, lorsque l'intervieweur prononce le mot « obésité », il est possible que la réponse contienne le mot « gros » ou que le répondant ignore ce que ce mot signifie. L'intervieweur pose toutes les questions comme s'il s'agissait de la véritable interview. Par la suite, l'intervieweur pose des questions de validation supplémentaires pour savoir si le répondant a fourni les mêmes réponses aux questions clés. L'intervieweur entame ensuite une discussion sur ce que pense le répondant de l'information recherchée, du questionnaire et des affiches à chevalet. Vient alors une discussion approfondie sur la compréhension et l'interprétation de chaque question par le répondant. Le chercheur a porté une attention particulière aux questions pour lesquelles le répondant semble hésiter et/ou aux questions qu'il ne comprend pas facilement. Enfin, l'intervieweur demande au répondant quelles seraient les améliorations potentielles à apporter aux questions (libellé, ton, accent et séquence).

Voici un exemple d'une question qui a été modifiée à la suite d'un test cognitif. Il s'agissait d'une question du CHQ sur la cohésion familiale : « Les membres d'une famille ont parfois de la difficulté à bien s'entendre. Ils ne sont pas toujours d'accord les uns avec les autres et ils peuvent se fâcher. En règle générale, comment évalueriez-vous la capacité des membres de votre famille de s'entendre les uns avec les autres? » Les répondants maoris et les répondants originaires des îles du Pacifique ont eu de la difficulté à répondre à cette question puisque le mot « famille » avait pour eux des connotations beaucoup plus larges que celles associées à la famille nucléaire européenne. Ces répondants essayaient souvent de juger la capacité des membres de leur famille élargie (qui pouvait comprendre plus de 200 personnes) à bien s'entendre entre eux. La définition suivante a donc été ajoutée au questionnaire : par « famille », nous entendons les membres de votre famille immédiate vivant dans le ménage. Les concepteurs du CHQ (Landgraf et Ware) ont convenu que cette définition préservait le sens initial de la question.

Les tests cognitifs se sont révélés de précieux outils pour garantir la fiabilité des questions proposées, sous l'angle des éléments demandés et des éléments compris par les répondants.

### 5.3 Répétition générale

La répétition générale de la NZHS de 2006-2007 a été effectuée en mai 2006 dans 16 unités primaires d'échantillonnage (îlots de base du recensement) réparties dans tout le pays et comprenant des régions urbaines et rurales. L'objectif de la répétition générale était de tester les instruments d'enquête ainsi que les procédés relatifs aux opérations et aux données sur le terrain (Aday, 1996). En tout, 150 ménages ont accepté de participer à la répétition générale, ce qui a permis d'obtenir 51 interviews avec des enfants.

Les données réunies ont mis au jour plusieurs problèmes. Certaines mesures de la taille et du poids étaient manifestement inexactes, ce qui a confirmé l'importance de la formation des intervieweurs et de l'inclusion d'une démonstration avec un enfant dans la bande vidéo de formation ainsi que des points spéciaux à prendre en note



lorsque les mesures sont prises. Les concepteurs ont également repéré un problème d'acheminement : plusieurs questions qui ne s'appliquaient pas à eux ont été posées aux enfants dont l'éducation est assurée par les parents à la maison. De plus, les intervieweurs ont signalé plusieurs cas où des répondants ont demandé plus de renseignements ou des définitions de mots, qui ont par la suite été ajoutés au questionnaire.

L'analyse quantitative des données réunies pendant la répétition générale visait à s'assurer qu'il n'y avait pas un trop grand nombre de refus ou de réponses du type « Ne sait pas », que les réponses étaient bien réparties dans les différentes catégories et qu'il n'y avait pas de données manquantes. Les questions auxquelles avait été donnée une « autre » réponse devant être tapée par l'intervieweur ont été attentivement examinées pour s'assurer que la liste des catégories de réponses prédéterminées était appropriée. Un petit nombre de tests de fiabilité et de validité ont également été effectués au besoin. Pour établir la fiabilité des données, on s'assurait que les réponses reçues étaient cohérentes. La validité était évaluée à l'aide des données administratives existantes des hôpitaux, qui servaient à déterminer si les réponses étaient semblables aux « véritables mesures » hypothétiques.

La répétition générale a permis de faire la preuve que l'ajout d'un questionnaire sur la santé des enfants au questionnaire principal sur les adultes n'avait aucune incidence négative sur le taux de réponse en raison du temps supplémentaire pendant lequel l'intervieweur devait rester dans le ménage, comme nous l'avions supposé à l'origine. En fait, les intervieweurs qui ont pris part à la répétition générale étaient d'accord pour dire que l'ajout d'un questionnaire sur la santé des enfants a dans de nombreux cas facilité leur arrivée, puisque les gens étaient souvent plus disposés à parler en détail de la santé de leur enfant que de la leur et qu'ils pouvaient bien réaliser l'importance pour le gouvernement de réunir des données sur la santé des enfants.

La répétition générale a aussi montré qu'il fallait compter en moyenne 30 minutes pour remplir le questionnaire sur le terrain et non pas 20 comme on l'avait prévu au départ. Toutefois, les répondants qui ont pris part à la répétition générale ont estimé que cette longueur était appropriée. Aucun répondant n'a mis fin prématurément à l'interview ou n'a refusé de participer en raison de la longueur du questionnaire.

## **6. Conclusion**

Au moment de la rédaction de ces lignes, la NZHS de 2006-2007 était menée sur le terrain depuis quatre mois, et plus de 1 500 interviews sur la santé des enfants avaient été réalisées. L'analyse approfondie de l'ensemble de données du premier trimestre n'a mis au jour aucune erreur ou préoccupation importante, et les intervieweurs signalent encore que les répondants font bon accueil au questionnaire et que celui-ci les aide à obtenir leur collaboration.

L'auteur de la présente communication a passé en revue le processus simplifié utilisé pour élaborer et mettre à l'essai un nouveau questionnaire sur les enfants dans le contexte de la NZHS. Elle a fait ressortir les problèmes que pose la conception d'un questionnaire en peu de temps et avec des ressources limitées, et elle a mis en évidence les apprentissages à tirer de cet exercice. Celui-ci a montré qu'un questionnaire de qualité qui réduit les erreurs au minimum peut être conçu dans les conditions suivantes : 1) il faut commencer par fixer des objectifs clairs et concis fondés sur une solide théorie; 2) dans la mesure du possible, il faut utiliser des questions validées dans le contexte d'enquêtes semblables; 3) la consultation doit porter sur les thèmes et les variables d'intérêt plutôt que sur les questions; 4) il faut faire subir aux nouvelles questions des essais rigoureux.

## **Remerciements**

Le questionnaire de l'enfant de la NZHS de 2006-2007 a été conçu par l'auteur en collaboration avec Niki Stefanogiannis, Ph.D., et Jill McKenzie, Ph.D., du Public Health Intelligence. L'auteur a pu profiter de l'aide considérable et des nombreux conseils du professeur Peter Crampton (Wellington School of Medicine, Université Otago), de Liz Craig, Ph.D. (Université d'Auckland), du professeur Barry Taylor (Dunedin School of Medicine, Université Otago), de Pat Tuohy, Ph.D., de Basia Arnold et de Natalie Paki Paki (ministère de la Santé). Des remerciements sont adressés à Kirstin Lindberg, Ph.D., et à Martin Tobias, Ph.D. (Public Health Intelligence), pour avoir passé en revue la présente communication.

## Références

- Aday, L.A. (1996) *Designing and Conducting Health Surveys: a comprehensive guide*. 2<sup>nd</sup> ed. Jossey-Bass, San Francisco.
- Asher, M.I., U. Keil, H.R. Anderson, R. Beasley, J. Crane, F. Martinez, E.A. Mitchell, N. Pearce, B. Sibbald, A.W. Stewart, E. Strachan, S.K. Weiland, et H.C. Williams (1995) "International study of asthma and allergies in childhood (ISAAC): rationale and methods", *European Respiratory Journal*, 8, pp.483-491.
- Craig, L. (2006) "Child Health Indicators for New Zealand" paper presented at the 58<sup>th</sup> Annual Scientific Meeting of the Paediatric Society of New Zealand, 1-3 November, Nelson.
- D'Souza, A. et E. Wood (2003) *Making New Zealand Fit for Children. Promoting a National Plan of Action for New Zealand Children (Health Lives Section)*. UNICEF New Zealand, Wellington.
- Fowler Jr., Floyd J. (1995) *Improving Survey Questions: Design and Evaluation*. Applied Social Research Methods Series Vol. 38. Sage, Thousand Oaks.
- Jensen, J., V. Krishnan, R. Hodgson, S.G. Sathiyandra, R. Templeton, D. Jones, R. Goldstein-Hawes and P. Beynon (2006) *New Zealand Living Standards 2004*. Ministry of Social Development, Wellington
- Landgraf, J.M., Abetz, L. et J. Ware (1999) *Child Health Questions (CHQ) A User's Manual*. Health Act Inc, Boston.
- Maxwell, G.M. (1993) *Physical punishment in the home in New Zealand*. Occasional Paper No. 2, Office of the Commissioner for Children, Wellington.
- Melville, L. (2003) *Children and young people in New Zealand: Key statistical indicators*. FAIR Centre Barnardos, Wellington.
- Ministry of Health (1998) *Child Health Strategy*. Ministry of Health, Wellington.
- Ministry of Health (1999) *Taking the Pulse: The 1996/97 New Zealand Health Survey*. Ministry of Health, Wellington.
- Ministry of Health (2003) *NZ Food NZ Children: Key results of the 2002 National Children's Nutrition Survey*. Ministry of Health, Wellington.
- Ministry of Health (2005a) *Influences in Childhood on the Development of Cardiovascular Disease and Type 2 Diabetes in Adulthood*. Ministry of Health, Wellington.
- Ministry of Health (2005b) *New Zealand Health Monitor: Updated strategic plan*. Ministry of Health, Wellington.
- Ministry of Social Development (2002) *New Zealand's Agenda for Children: Making life better for children*. Ministry of Social Development, Wellington.
- Ministry of Social Development (2004) *Whole Child Approach: A guide to applying the whole child approach*. Ministry of Social Development, Wellington.
- Silburn, S.R. et S.R. Zubrick (1996) "The Western Australian Child Health Survey: Methodology and Policy Implications", paper presented at the 5<sup>th</sup> Australian Family Research Conference, Brisbane, 27-29 November.
- Watson, P.D., S. J. Denny, V. Adair, S.N. Ameratunga. T.C. Clark, S.M. Crengle, R.S. Dixon, M. Fa'asisila, S.N. Merry, E.M. Robinson et A.A. Sporle. (2001) "Adolescents' perceptions of a health survey using

multimedia computer-assisted self-administered interview” *Australian New Zealand Journal of Public Health*, 25(6):520-4.