

éducation
POUR LA
santé
pour mieux vivre

Baromètre santé 2000

Méthode

Volume 1

Philippe GUILBERT
François BAUDIER
Arnaud GAUTIER
Anne-Colline GOUBERT
Pierre ARWIDSON
Marie-Pierre JANVRIN

préface de
François BAUDIER



BAROMÈTRES

éditions
CFES 

Baromètre santé 2000

Méthode

Volume 1

Philippe Guilbert
François Baudier
Arnaud Gautier
Anne-Colline Goubert
Pierre Arwidson
Marie-Pierre Janvrin

préface de
François Baudier

Cette étude a été réalisée par

le **Comité français d'éducation pour la santé (CFES)**

En partenariat avec

la **Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)**

le **Centre national de la recherche scientifique (CNRS)**

le **Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (Credes)**

la **Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors)**

l' **Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)**

l' **Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)**

l' **Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur (ORS Paca)**

Son financement a été assuré par

la **Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)**

le **ministère de l'Emploi et de la Solidarité (direction générale de la Santé, direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)**

l' **Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)**

la **Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt)**

la **Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF)**

le **Haut Comité de la santé publique (HCSP)**

la **Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)**

collaboration et relecture

- Josiane Warszawski, médecin, épidémiologiste à l'Unité 292 de l'Inserm
- Laurence Lelièvre, directrice d'études à l'Institut de sondage BVA
- Christine Ferron, psychologue au CFES
- Michel Dépinoy, médecin au CFES
- Christiane Dressen, sociologue au CFES

remerciements

- Stéphane Marder, l'équipe responsable du terrain de l'Institut de sondage BVA ainsi que les enquêteurs pour la qualité du recueil des données.
- François Beck et Jacques Arènes pour leur aide et leurs conseils lors du suivi du terrain.

contribution à l'élaboration du questionnaire

- M. Anguis (Drees) • Ph. Arvers (SSA) • N. Bajos (Inserm U. 292)
- J. Begue (Collège scientifique de l'OFDT) • P. Bizel (CFES) • Y. Charpak (Eval) • M. Choquet (Inserm U. 472) • J.-M. Costes (OFDT)
- B. Dautzenberg (Office français de la prévention du tabagisme) • Ch. De Peretti (INRP) • A. Desequelles (Ined) • C. Faugeron (Collège scientifique de l'OFDT) • C. Felder (DGS/VS1) • D. Fontaine (Fnors) • C. Got (Collège scientifique de l'OFDT) • I. Grémy (Orsif) • R. Henrion (Collège scientifique de l'OFDT) • C. Hill (Institut Gustave-Roussy) • A. Hirsch (Alliance pour la santé, Coalition contre le tabac) • F. Hoddebar (DGS/SP3) • H. Isnard (InVS) • S. Karsenty (CNRS) • G. King (PennState University) • A. Krynen (FNMF) • B. Lafont (Collège scientifique de l'OFDT) • J. Le Houezec (consultant) • B. Lhomond (CNRS) • P. Melihan-Cheinin (Ligue nationale contre le cancer) • P.-A. Michaud (IUSMP)
- B. Pages (Collège scientifique de l'OFDT) • A. Paul-Dauphin (Eval)
- B. Riandey (Ined) • P. Sansoy (Mildt) • A. Sasco (Circ) • K. Slama (Union nationale contre la tuberculose) • B. Speisser (CFES) • N. Tauzin (Fnors) • S. Tellier (Drees) • L. Toulemon (Collège scientifique de l'OFDT) • F. Tuleu (CFES) • A. Velter (CFES) • J. Yacoubovitch (Coac).

les auteurs

Pierre Arwidson	Médecin au CFES
François Baudier	Médecin, responsable de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté
Arnaud Gautier	Statisticien au CFES
Anne-Colline Goubert	Démographe au CFES
Philippe Guilbert	Économètre au CFES, coordonnateur du Baromètre santé
Marie-Pierre Janvrin	Démographe au CFES

le photographe

Bertrand Desprez, 38 ans, collabore régulièrement depuis 1990 à *Libération*, *L'Express*, *L'Équipe Magazine*, *Télérama*, *Géo*, etc.

- 1991 : Publication d'un livre sur Dizzy Gillespie (Actes Sud).
- De 1992 à 1995 : Travaux sur les « sentiments adolescents ».
- 1997 : Prix de la Fondation CCF, parution d'un livre *Pour quelques étoiles...* (Actes Sud). Expositions à la galerie Baudoin Lebon (Paris), puis à la galerie Bunkamura (Tokyo).
- 1998 : Lauréat de la Villa Médicis Hors les Murs (projet photographique au Japon « Les hasards du printemps »).
- 1999 : Prix Kodak de la Critique ; devient membre de l'agence Vu.
- 2000 : Exposition dans le cadre du mois de la photo de « Été à Paris », Musée Rodin.
- Mission 2000 de la direction des Arts plastiques « Le plus bel âge » : regard sur la relation père-fils en milieu agricole.
- 2001 : « La feuille bleue », série de paysages réalisée au Japon (galerie Baudoin Lebon).

Préface

La médecine est considérée par beaucoup comme l'exemple même d'une science « dure » où la recherche permet d'accumuler les preuves et de faire progresser à la fois les connaissances et la santé des individus.

Cette vision, quelque peu idéalisée, a été très prégnante au cours du xx^e siècle mais a commencé à être relativisée durant ces dernières décennies en raison de crises sanitaires successives qui ont remis en cause des certitudes fondatrices.

La fracture entre sciences dites « exactes » et les autres champs d'investigation ou de recherche est devenue moins rigide. La santé publique a acquis progressivement une place plus importante et avec elle, de nouvelles méthodes d'investigation.

C'est dans ce contexte qu'est né le Baromètre santé. Il répondait à un double souci : mieux connaître l'opinion, l'attitude et le comportement des Français en matière de santé, et donner à ces études toute la rigueur que les techniques actuelles permettent de mettre en œuvre.

Le présent document témoigne de ces orientations qui ont été décidées par le Comité français d'éducation pour la santé au début des années quatre-vingt-dix et mises en œuvre au sein d'une petite équipe avec le soutien actif des principaux partenaires de cette institution.

Au cours de ces dix dernières années, c'est donc une banque de données inestimable qui a été constituée. Si elle repose sur le seul déclaratif des Français, la qualité du recueil permet de donner toute sa valeur aux témoignages de nos contemporains sur les grandes questions de santé. De ce point vue, cette démarche s'inscrit dans les orientations actuelles de la promotion de la santé, qui souhaitent mettre l'individu au cœur du processus de soin et de prévention. Être à l'écoute des Français, respecter leur parole, entendre ceux qui les soignent (médecins, pharmaciens), évaluer ces opinions au fil des années, toutes ces caractéristiques permettent de recueillir des informations précieuses pour ceux qui ont la lourde responsabilité de prendre des décisions et de mettre en œuvre des programmes de santé publique tant au niveau national, régional que local. De plus, ces données ont toujours été partagées. En effet, elles sont mises régulièrement à la disposition des équipes qui souhaitent, avec la même exigence méthodologique que les promoteurs de cette enquête nationale, approfondir les connaissances collectées.

Le Baromètre santé concourt donc directement à une démarche rigoureuse de santé publique dans le respect des opinions, attitudes et comportements des Français. En assurer sa qualité à toutes les étapes de son élaboration, de sa réalisation et de son exploitation, c'est respecter la parole de nos contemporains pour mieux répondre à leurs véritables besoins.

Ce document témoigne de cet engagement.



François Baudier
Assurance maladie



sommaire

15

Contexte

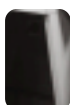
Les notions de comportements, attitudes, connaissances et opinions sont brièvement définies, ainsi que les concepts de prévention, d'éducation pour la santé et de promotion de la santé. La présentation de ces quelques définitions a pour finalité de mieux cerner l'objet du Baromètre santé.



31

Historique du Baromètre santé

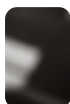
L'origine de la création de cette enquête multithématique au début des années quatre-vingt-dix : les principaux partenaires ainsi que la chronologie des différentes réalisations.



37

Choix de la méthode de recueil des données

Description de la méthode retenue pour recueillir les données désirées, à savoir : le téléphone, l'aléatoire, les 12-75 ans parlant le français. À ces grands principes, présents depuis la première édition, se sont ajoutées quelques innovations lors de cette dernière enquête (regroupement des jeunes et des adultes, augmentation de la taille de l'échantillon, suréchantillons régionaux). Celles-ci seront également décrites.



47

Élaboration du questionnaire

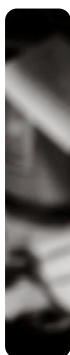
Présentation des quelques principes qui régissent l'élaboration du questionnaire : le renouvellement des questions, les sources utilisées, ainsi que les partenaires du dernier questionnaire.



55

Questionnaire

L'ensemble du questionnaire est ici présenté en y faisant figurer les années des précédents Baromètre santé où la question avait été formulée dans des termes équivalents, les filtres (*qui répond à cette question ?*), les consignes données aux enquêteurs pour la passation de la question et quelques commentaires donnés par les enquêteurs lors de la séance du *débriefing* final.



Signalétique _____	56	Violence _____	75
Perception de santé et environnement _____	58	Sexualité, contraception, MST _____	76
Qualité de vie _____	62	Drogues illicites _____	79
Activité sportive _____	64	Douleur, consommation de soins et de médicaments _____	85
Vaccination _____	66	Dépistage des cancers _____	88
Poids et conduites alimentaires _____	68	Accidents _____	89
Tabac _____	69	Signalétique (classification Insee des professions) _____	91
Alcool _____	72		
Suicide _____	74		



97

Sélection de l'institut de sondage

Présentation de la procédure de l'appel d'offres (BOAMP) et du cahier des charges transmis à l'institut de sondage sélectionné par la commission d'appel d'offres.



105

Réalisation de l'enquête pilote et mise en place du terrain

Il s'agit là de donner quelques informations sur la préparation du terrain : pilote, *briefing* des enquêteurs, lettre annonce envoyée avant le premier contact téléphonique des personnes interviewées.



115

Protocole d'enquête

L'objet de ce chapitre est d'expliquer la méthode d'échantillonnage de l'enquête : utilisation du système Cati, obtention des numéros de téléphone, procédure d'appel, sélection de l'individu éligible au sein du ménage, ainsi qu'une liste d'arguments visant à motiver la participation des personnes contactées.



127

Bilan du terrain

Description de l'utilisation des adresses téléphoniques, des différents taux de refus au regard de ceux des précédentes années, des principaux motifs de refus exprimés, de l'évolution de différents indicateurs de suivi du terrain selon la semaine de l'enquête, ainsi que les résultats d'un petit sondage post-enquête auprès des enquêteurs.



139

Calendrier récapitulatif

141

Bibliographie





Contexte

Les Baromètres santé ont été créés pour aider au pilotage de certains programmes de prévention, en particulier dans le cadre du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. Ils sont donc intimement liés au domaine de la promotion de la santé, de la prévention et de l'éducation pour la santé. Ces différentes notions seront présentées dans les premiers chapitres.

La prévention

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue trois niveaux de prévention : la prévention primaire qui vise à diminuer l'incidence des maladies dans une population donnée (exemple : la vaccination) ; la prévention secondaire qui vise à diminuer la prévalence de la maladie, dans une population donnée, par une détection précoce (exemple : le dépistage) ; la prévention tertiaire qui vise à diminuer la prévalence des handicaps et des séquelles dans une population donnée et à diminuer des séquelles^{1,2} (exemple : la rééducation fonctionnelle). La notion de prévention a même été étendue aux soins de fin de vie sous le terme de prévention quaternaire. Cette extension de la notion de la prévention à l'ensemble du

continuum de développement d'une maladie est liée aux nombreuses possibilités d'intervention à tout moment de ce processus. Elle souligne le fait que cette approche, même si elle intègre en amont du curatif, est très liée aux activités de soins, dans le sens anglo-saxon du terme (*care*).

Le schéma pasteurien de causalité des maladies (une cause = une maladie), dominant quand les pathologies infectieuses étaient les principales causes de décès, a évolué vers une vision plus complexe de l'origine des maladies. Elle est maintenant considérée comme étant plurifactorielle. Ceci est vrai quand il s'agit des affections non transmissibles ou chroniques, qui deviennent majoritaires dans les causes de décès au sein des pays développés, comme les cancers et les maladies cardio-vasculaires. Mais ceci est également vérifié quand il s'agit des maladies transmissibles, comme le sida ou la tuberculose, pour lesquelles il est clair que les conditions de vie et les contextes sociaux dans lesquels les personnes évoluent influencent le fait d'être atteint ou pas.

Au lieu d'une seule cause, un microbe par exemple, nous sommes face à de nombreux facteurs de risque ou de protection, qu'ils soient génétiques, environnementaux ou comportementaux. La prévention, quand elle est possible, peut être opérée dans de nombreux domaines allant de la fluoruration du sel, la qualité de l'eau ou de l'air, les vac-

1. Rapin R. *Le Grand dictionnaire encyclopédique médical*. Paris : Flammarion, 1986.

2. D'après J.-C. Sournia. *Dictionnaire français de santé publique*. Définition OMS. La prévention quaternaire situe son action dans l'accompagnement de fin de vie.

cinations obligatoires ou recommandées, la tentative d'action sur les comportements par voie législative ou éducative, le dépistage des maladies, etc.

La promotion de la santé

Tenant compte de l'ensemble des influences, en particulier sociales, sur la santé, la promotion de la santé est une approche qui allie des interventions à la fois aux niveaux individuel et collectif. Mais sur tout, telle que définie par la Charte d'Ottawa, elle intègre une dimension démocratique. Il ne s'agit pas simplement que les autorités ou des experts décrètent que tel ou tel comportement doit être adopté, mais il est nécessaire d'impliquer la population, l'usager dans la solution à trouver et à mettre en œuvre. Les cinq domaines d'intervention sont les suivants¹ :

- établir une politique publique saine : chaque décision, quel qu'en soit le niveau, doit être prise en tenant compte des conséquences sanitaires ;
- créer des milieux favorables à la santé (écoles en santé, villes santé, etc.) ;
- renforcer l'action communautaire (impliquant la population) ;
- développer les aptitudes personnelles ;
- promouvoir l'idée de la santé, donner les moyens, servir de médiateur.

L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé, telle qu'elle est définie dans le Plan national d'éducation pour la santé rendu public en février 2001, est une composante de l'éducation générale et ne dissocie pas les dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles de la santé. Elle a pour but de donner la possibilité à chaque citoyen d'acquérir, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens qui lui permettront d'améliorer sa santé et sa qualité de vie, ainsi que celles de la collectivité. Elle s'adresse à la popu-

lation dans toute sa diversité, avec le souci d'être accessible à chacun. Elle informe et interpelle aussi tous ceux qui, par leur profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population, au travers des décisions qu'ils prennent ou des conduites qu'ils adoptent. En privilégiant toujours une approche globale des questions de santé, elle utilise des portes d'entrée variées :

- des thèmes bien identifiés (la nutrition, le tabac, la contraception, les accidents, les vaccinations, le sida, le cancer, les allergies, etc.) ;
- des catégories de populations (les jeunes, les femmes enceintes, les personnes âgées dépendantes, les sujets en situation de précarité, etc.) ;
- des lieux de vie (la famille, l'école, le quartier, l'entreprise, l'hôpital, la prison, etc.).

Un programme d'éducation pour la santé comporte des actions de trois natures différentes, articulées entre elles de façon cohérente et complémentaire :

- des campagnes de communication, d'intérêt général, dont l'objectif est de sensibiliser la population, mais aussi certains décideurs, à de grandes causes de santé et de contribuer à modifier progressivement les représentations et les normes sociales ;
- la mise à disposition d'informations scientifiquement validées sur la santé, sur les moyens de prévention, les maladies, les services de santé, etc., en utilisant des supports et des formulations variés, adaptés à chaque groupe de population ;
- des actions éducatives de proximité qui, grâce à un accompagnement individuel ou communautaire, permettent aux personnes et aux groupes de s'approprier des informations et d'acquérir des aptitudes pour agir dans un sens favorable à leur santé et à celle de la collectivité.

La démarche éducative est construite à partir de l'identification et de la prise en compte des représentations, des croyances, des compétences préalables et des attentes de la population. Une partie des informations concernant les connaissances,

1. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa, 1986, et Bury J. *Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : DeBoeck-Wesmael, coll. Savoirs et santé, 1988 : 235 p.

attitudes et comportements de la population en matière de santé, peuvent être recueillies au moyen d'enquêtes telles que le Baromètre santé. Les parents, les enseignants, les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les associations d'usagers ou les groupes d'entraide sont des acteurs naturels de la prévention et de l'éducation pour la santé. Ils sont soutenus, dans cette démarche, par des professionnels spécialisés qui les aident à situer le contexte et les valeurs dans lesquels s'inscrit cette démarche de santé, facilitent le travail en réseau et apportent à chacun les conseils méthodologiques, les formations, la documentation et les outils pédagogiques dont il a besoin.

La perception de la prévention

Jusqu'à présent, la prévention de type pasteurienne bénéficiait de larges succès dans ses réalisations et d'une forte adhésion auprès de la population. Depuis l'ouverture de débats publics autour du sang contaminé, de l'insécurité alimentaire et de la pollution atmosphérique, les opinions ont évolué. Par exemple, la proportion d'opinions très favorables à la vaccination a diminué ces dernières années et les craintes sur les questions environnementales sont plus importantes qu'auparavant. Ces remises en cause très médiatisées soulèvent le problème de la cohérence des messages préventifs, les deux domaines d'intervention (individuel et collectif) étant très liés. Quels effets peut-on escompter d'une communication pédagogique sur le rôle protecteur des fruits et légumes par rapport au cancer dans un contexte irrationnel d'affolement sur la sécurité alimentaire ? Quel est le plus grand risque immédiat perçu par la population ?

En ce qui concerne la prévention liée aux comportements des individus, il faut rappeler que la connaissance acquise via l'information est nécessaire, mais ne suffit pas à changer des comportements. De façon légitime, les actions de prévention, si pertinentes soient-elles, se heurtent parfois à la liberté individuelle. Ce respect du citoyen dans ses choix de vie devrait se retrouver

dans le contenu des messages préventifs, où il ne s'agit pas de culpabiliser les individus mais de les accompagner vers la mise en œuvre d'actes préventifs responsables, sachant que les possibilités d'agir sont parfois limitées (limite psychologique, environnementale, sociale, biologique, etc.). En prévention, le positionnement éthique est particulièrement important, car la population n'est pas nécessairement en demande. Les préoccupations concernant les comportements de santé viennent souvent de l'extérieur. Pour que l'intervention de santé ne contribue pas à développer un sentiment de contrôle social, de normalisation des comportements ou de répression, il est donc primordial de définir un cadre éthique pour les interventions.

Les définitions de la santé

La prévention cherche avant tout à améliorer la santé des individus et à faire en sorte qu'elle ne se dégrade pas. Or, la définition de la santé est loin d'être identique pour tous les individus. Par exemple, l'OMS considère que la santé n'est pas uniquement l'absence de maladie, mais aussi le plein développement de toutes les potentialités du sujet dans les domaines biologiques, psychologiques et sociaux, dans un contexte donné. Du point de vue des profanes, la santé est bien souvent un concept plus varié : *ne pas être malade, être en pleine forme, avoir de la joie de vivre, profiter de la vie*, etc. Selon la notion de santé retenue, un même comportement peut apparaître comme un problème ou comme la réponse à un problème. Par exemple : boire un apéritif régulièrement avec des amis peut s'inscrire dans un contexte de convivialité et de détente, mais sera perçu comme un comportement nocif par quelqu'un ayant une conception de la santé tournée vers une réduction des risques ; surtout si cette habitude devient répétitive. Ces définitions de la santé qui sont propres à chaque individu complexifient la mise en œuvre des actions de prévention qui, en général, font référence à un cadre conceptuel précis.

Observer les comportements, attitudes, opinions et connaissances

Un dispositif préventif ne peut exister sans un système d'information fondé sur des outils d'observation. Trois outils sont privilégiés : les études qualitatives¹, les enquêtes quantitatives² (descriptives, explicatives, évaluatives) ou le recensement (veille sanitaire). Le Baromètre santé est une enquête quantitative descriptive des comportements, attitudes, opinions et connaissances des Français en matière de santé, qui per-

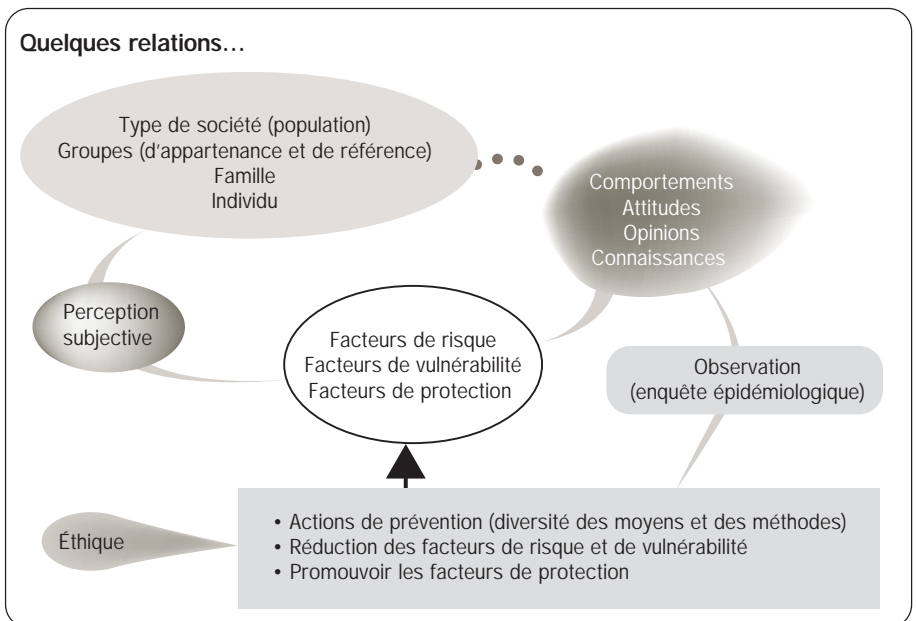
1. Les études qualitatives permettent de comprendre et non de mesurer l'importance quantitative des sujets explorés. Elles sont réalisées grâce à des réunions ou des entretiens individuels non directifs ou semi-directifs auprès des populations concernées. Elles permettent l'émergence des problèmes tels qu'ils sont vécus par la population et non tels qu'ils sont définis par les experts et les autorités.

2. Les études quantitatives permettent de mesurer et non de développer des investigations qualitatives approfondies. Elles sont réalisées en général par des questionnaires dont les questions sont le plus souvent fermées. Ces deux approches sont en général complémentaires.

met, grâce à sa répétition dans le temps, de suivre des évolutions de ces déterminants de santé. Ces quatre dimensions sont en interrelation. Par exemple, il est possible de faire changer le comportement sur le port de la ceinture de sécurité en la rendant obligatoire et en augmentant la répression, et/ou en développant des campagnes de sécurité routière (modification des représentations) et en informant de façon précise le public sur les risques (connaissances).

Les comportements sont des actions observables d'un individu en réponse à un stimulus³. Une large majorité des questions du Baromètre santé concerne les comportements ayant une influence sur la santé : la consommation de tabac, de boissons alcoolisées, de drogues illicites, la pratique des dépistages, le geste vaccinal, l'activité sportive, les prises de risques, les comportements de violence, la sexualité, la consommation de soins, etc. Il existe beaucoup de théories ou modèles qui tentent d'expli-

3. Voir Thomas R., Alaphilippe D. *Les attitudes*.



quer l'adoption ou le choix des comportements de santé⁴ : le modèle des croyances relatives à la santé, la théorie sociale cognitive, la théorie de l'action raisonnée, la théorie des comportements interpersonnels, la théorie du comportement planifié, la théorie des comportements à problème, la théorie de l'apprentissage social, la théorie de l'immunisation cognitive ou sociale, la théorie bio-psycho-sociale, le modèle de l'environnement social, le modèle développemental, la théorie de la prévention situationnelle, etc. Différentes méthodes existent pour observer ces comportements. Par exemple, les données sur les ventes de cigarettes permettent de déduire la consommation de tabac des Français, ou les données hospitalières sont une approche possible pour estimer le nombre de tentatives de suicide. Les enquêtes Baromètre santé sont de type déclaratif. Ce sont les individus qui déclarent eux-mêmes leurs propres comportements en matière de santé. Cette méthode peut paraître moins fiable qu'un relevé observé : les ventes, les admissions dans un hôpital, etc. Ainsi, un dosage sanguin de nicotine, ou une analyse de la salive ou de l'urine, identifie de façon plus certaine un fumeur qu'un questionnaire basé sur le déclaratif, mais les informations obtenues par de tels procédés sont difficiles à recueillir et donc très restreintes en approche populationnelle. Par ailleurs, si l'on veut savoir quel type de cigarette ou à quelle heure le fumeur a allumé sa première cigarette de la journée, seul l'individu lui-même peut le dire. Les principales limites du déclaratif concernent la mesure de certains comportements qui seraient difficilement avouables ou peut-être trop facilement avouable pour se valoriser, mais concernent également la question relative à la mémoire. Observer un comportement ne peut se faire sans référence temporelle : *Avez-vous déjà fumé au cours de votre vie ? Hier, combien de verres de vin avez-vous bus ?* Or, il se peut qu'un individu dise avoir bu cinq verres la veille, alors que le reste de l'année, sa consommation est

quasi nulle. Sa réponse, exacte d'un point de vue quantité, n'est pourtant pas très représentative de sa consommation personnelle. Une autre solution aurait été de lui demander : *En règle générale combien de verres de vin buvez-vous par jour ?* L'individu ne pouvant donner une valeur exacte, procède à une estimation qui risque de se rapprocher d'une consommation souhaitable (norme sociale) et peut être différente de sa consommation journalière réelle. Dans le cas d'un questionnaire faisant référence à une période précise de consommation, les réponses ne sont pas représentatives de la consommation d'un individu en particulier, mais de l'ensemble de l'échantillon (les buveurs exceptionnels étant compensés par les abstinents exceptionnels). Dans le second cas, les données sont représentatives au niveau individuel, mais ne le sont pas forcément au niveau de l'ensemble de l'échantillon (la somme des estimations individuelles), car, dans des domaines où des consommations régulières ou élevées ne correspondent pas aux normes sociales, les individus estimant à la baisse leur consommation moyenne risquent d'être plus nombreux que ceux l'estimant à la hausse. Ce risque de minimisation de consommation par rapport à certaines normes sociales est également envisageable pour une investigation faisant référence à des consommations de la veille, mais le caractère exceptionnel et donc moins stigmatisant d'une journée peut favoriser des déclaratifs *hors normes*. Le problème se pose lorsque l'on souhaite identifier et étudier des sous-groupes selon leurs comportements déclarés. Pour que des individus ne soient pas abusivement classés dans une catégorie qui ne devrait pas être la leur, il est nécessaire que les consommateurs exceptionnels ou abstinents exceptionnels soient des phénomènes rares. La dimension temporelle intervient également lorsque la période de référence de la question est longue : *au cours de la vie, au cours des douze derniers mois*. La mémoire est alors l'élément qui peut fausser la justesse d'un comportement déclaré (on ne le déclare pas car on ne s'en souvient

4. Voir, en annexe, la définition de certains de ces modèles.

pas). Un exemple significatif concerne les accidents où des études montrent que leur fréquence diminue significativement avec l'allongement de la période considérée.

« **L'attitude**¹ est une variable intermédiaire entre la situation et la réponse à cette situation. Elle permet d'expliquer que, parmi les comportements possibles du sujet soumis à un stimulus, celui-ci adopte tel comportement et non pas tel autre ». Pour essayer de mieux appréhender les attitudes, certains considèrent qu'elles se composent de plusieurs dimensions : affective, cognitive et conative. La dimension affective concerne « l'attrait ou la répulsion que le sujet éprouve pour l'objet ». Par exemple, on peut redouter le contact d'une seringue hypodermique ou l'effort d'un travail de rééducation. La dimension cognitive concerne ce que nous savons ou croyons savoir de l'objet. Pour reprendre le thème de la vaccination, on peut considérer que tel vaccin sera réellement efficace pour se protéger d'une maladie. Les informations relatives au vaccin chercheront à convaincre le public que le produit a bien ces caractéristiques. La dimension conative concerne les intentions ou les décisions relatives à l'action (se faire ou non vacciner).

La relation entre « attitude » et « comportement » a fait l'objet de beaucoup de travaux. En 1969, Wicker analysa, à travers trente-deux études, la force de cette relation. Ses conclusions montrent un lien souvent bas et parfois nul. Dans le modèle de Fishbein, le coefficient de corrélation entre le comportement et l'attitude est de 0,63. Les attitudes ne sont pas directement observables (*variable latente*) comme le sont les comportements. Pour essayer de les mesurer, il convient d'être très prudent. Poser des questions entraîne presque *de facto* des réponses, or les attitudes n'existent pas forcément pour tous les types de sujets évoqués lors d'une investigation. Pour s'assurer qu'il existe bien une attitude, des répertoires d'opinions logiquement ordonnées

peuvent être constitués pour évaluer les attitudes. L'enquête Baromètre santé comprend peu de questions sur des attitudes précises. Il en existe sur l'attitude adoptée face à une difficulté (*coping*) : « Imaginons que vous avez eu une grosse dispute avec un ou une ami(e) proche et que vous pensez qu'il ou elle ne vous comprend pas et n'écoute pas ce que vous dites : 1) vous en parlez à d'autres pour avoir un avis ; 2) vous essayez de voir ce qui peut sortir de bon de la situation ; 3) vous cherchez à comprendre qui est responsable et vous en tirez les conséquences ; 4) vous essayez de résoudre le problème vous-même ; 5) vous racontez ce que vous ressentez à un ami ; 6) vous essayez de vous calmer, de vous détendre ; 7) vous aimeriez que cela ne soit jamais arrivé ; 8) vous cherchez du réconfort auprès de votre famille ou d'un adulte (certainement, probablement, probablement pas, certainement pas) ». Il existe aussi une série d'opinions sur les usagers de drogues (attitude de tolérance ou d'acceptation ou, au contraire, de rejet ou d'intolérance) :

1. la drogue c'est normal d'essayer au moins une fois dans sa vie (*tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord*) ;
2. les toxicomanes sont avant tout des malades (*idem*) ;
3. c'est le chômage ou le désœuvrement qui conduit à se droguer (*idem*) ;
4. la seule solution, c'est de mettre tous les toxicomanes en prison (*idem*).

Une même série de questions avec des libellés différents a été utilisée à propos des opinions vis-à-vis des fumeurs et du tabagisme. Le Baromètre santé mesure, de façon plus globale, l'attitude face à sa santé à travers des questionnaires multiples (attitude de prise de risque avec abus de produits psychotropes, etc.), attitude de protection de sa santé (pratique sportive, équilibre alimentaire, dépistages, consommation de soins, etc.).

Les opinions sont en quelque sorte l'expression verbale d'une attitude (*façon de penser sur un sujet*). *A priori*, quelqu'un dont

1. Cette partie reprend très largement l'ouvrage de Thomas R. et Alaphilippe D. *Les attitudes*.

l'attitude est profondément tolérante vis-à-vis des drogues illicites, se dira beaucoup plus souvent d'accord avec l'opinion selon laquelle il faut mettre les drogues douces en vente libre. Les opinions découlent des attitudes, mais une opinion peut « révéler » à la personne qui la formule son attitude face à un sujet. Pour tenir compte du fait que l'on n'a pas d'avis sur tous les sujets, toutes les questions d'opinions comprennent, dans leurs items, la réponse *nsp* qui signifie *ne sait pas* ou *ne se prononce pas* (ce qui est différent). Le Baromètre santé comprend quelques questions d'opinions comme : « *Estimez-vous que les zones non-fumeurs sont bien respectées... sur votre lieu de travail, dans les transports, dans les restaurants, dans les bars ou les cafés, dans les lieux publics couverts en général (oui, non, non concerné, nsp) ?* ». Ou encore : « *Avez-vous le sentiment d'être informé sur les grands thèmes de santé suivants... l'alcool, le tabac, etc. (très bien informé, plutôt bien informé, plutôt mal informé, très mal informé, nsp)* ». Les opinions sont souvent variables chez un même individu et peuvent être influencées par différents facteurs dont la pression médiatique.

La notion de **connaissances** et de références (*les bonnes pratiques*) en matière de santé est complexe. La science évolue et ce qui peut être vrai aujourd'hui (connaissance scientifique du moment) peut être invalidé demain. Ainsi, pendant très longtemps, il était recommandé de coucher les enfants sur le ventre afin de prévenir les risques de la régurgitation. Actuellement, la position préconisée est de coucher les enfants sur le dos, ce qui a entraîné une diminution spectaculaire des morts subites du nourrisson. Par ailleurs, la diversité des sources d'information en matière de santé et la difficulté pour le public d'identifier un émetteur légitime, rendent les choses complexes. Rappelons, enfin, un élément important qui s'y rattache : la connaissance d'un comportement considéré comme bénéfique pour la santé n'implique pas automatiquement l'application de ce comportement. Parmi les

différentes théories qui tentent d'expliquer pourquoi une personne continue d'avoir un comportement qu'elle sait pertinemment nuisible, la théorie de la dissonance cognitive de Festinger est probablement la plus connue. « *L'hypothèse de cette théorie consiste à dire que l'existence d'une dissonance (je fume alors que je sais que fumer provoque des maladies graves) entraîne une gêne chez le sujet et que celui-ci va de ce fait chercher à réduire cette dissonance* ». Pour ce faire et en reprenant l'exemple du fumeur, le sujet a le choix, pour réduire cette dissonance, entre ne plus fumer ou modifier son jugement sur les risques attribuables au tabagisme (tous les fumeurs n'ont pas le cancer, certaines personnes ont un cancer alors qu'elles n'ont jamais fumé, il faut bien mourir de quelque chose, etc.). La deuxième solution par rapport à cet exemple est parfois plus facilement réalisable que la première et c'est donc une modification du jugement qui s'opère et non un changement de comportement. L'enquête Baromètre santé pose peu de questions sur les connaissances. Le Baromètre santé nutrition comprenait toute une série d'items de ce type. *Pour chacune des affirmations que je vais vous citer, dites-moi si elle est vraie ou fausse* : 1) *les féculents font grossir* ; 2) *certaines huiles sont plus grasses que d'autres* ; 3) *la margarine est moins grasse que le beurre* ; 4) *les produits surgelés contiennent moins de vitamines que les produits frais* ; 5) *la viande rouge contient plus de fer que la viande blanche* ; 6) *le poisson contient moins de protéines que la viande* ; 7) *boire de l'eau fait maigrir* ; 8) *seulement certaines eaux font maigrir* ; 9) *les légumes secs sont des aliments pauvres en nutriments (éléments nutritifs)* ; 10) *les fibres sont uniquement apportées par les fruits et les légumes* ; 11) *un pain au chocolat apporte plus de calories que du pain avec un morceau de chocolat* ; 12) *les produits laitiers sont les aliments les plus riches en calcium*). Le degré de connaissance constaté permet de situer les domaines où il reste à faire des efforts d'information et d'éducation.

Ces définitions montrent à quel point ces différentes notions sont étroitement liées et interagissent. En observant les comportements, les attitudes, les opinions et les connaissances (KABP) d'une population en matière de santé ou de déterminants de santé, ces enquêtes offrent des données qui peuvent être utilisées à différents niveaux par des décideurs, des experts, des profession-

nels, des usagers, mais aussi des scientifiques ou des journalistes. Dans l'enquête Baromètre santé, ces différents domaines sont complétés par des investigations sur la santé mentale (l'échelle de qualité de vie de Duke, les questions sur le suicide) et sur les perceptions de la santé (les différentes craintes sanitaires, le sentiment d'être informé dans certains domaines).

annexe

Théories et modèles en éducation pour la santé (d'après l'UIPES, 1997)

Il est impossible de décrire ici tous les fondements théoriques de l'éducation pour la santé. Les quatre théories et modèles sont présentés sans analyse critique et ont été choisis sur les conseils d'experts en promotion et éducation pour la santé des États-Unis, du Canada, de Grande-Bretagne et d'Australie. Ces spécialistes ont été consultés pour savoir quels étaient les théories et modèles en éducation pour la santé actuellement enseignés dans les écoles anglophones de santé publique. En raison de la complexité du processus de changement de comportement et du caractère complexe qu'il peut avoir, aucune théorie ou concept ne peut fournir à elle ou à lui seul(e) une explication totale du phénomène. La plupart des professionnels de santé et de l'éducation, notamment en France, extraient des éléments de plusieurs théories pour développer des stratégies pour leurs programmes d'éducation pour la santé.

Théorie sociale cognitive (*Social Cognitive Theory, SCT*)

La théorie sociale cognitive (SCT), contribution de Bandura (1986), est un modèle connu pour les programmes qui visent le développement de la personnalité, l'étude du comportement pathologique et la promotion de la santé. Elle met l'accent sur la réflexion personnelle et le rôle que celle-ci joue dans le comportement. Une des hypothèses les plus importantes est de considérer que le résultat obtenu à

la suite de l'adoption d'un comportement va déterminer le comportement ultérieur et que ce résultat est le fait à la fois de l'environnement et de facteurs personnels. Ils s'influencent mutuellement et interagissent de façon dynamique. Les spécialistes de cette théorie désignent cette interaction constante entre l'individu, son comportement et son environnement sous le terme de « déterminisme réciproque ».

L'environnement

Selon la SCT, l'environnement influence le comportement selon trois modalités. La première est relative aux conséquences du comportement qui renforcent ou entravent certaines actions. Les résultats d'un comportement influencent la probabilité de sa reproduction ultérieure de même que sa fréquence. La deuxième fait référence à l'apprentissage par l'observation ou le mimétisme. Dans le Baromètre santé, quelques questions explorent les comportements observables dans l'environnement proche de l'individu (le tabagisme des pairs, le tabagisme des parents) et montrent une certaine corrélation avec les propres comportements déclarés par l'individu. Par exemple, on observe que lorsque les parents fument, leur enfant est plus souvent fumeur régulier que lorsqu'ils ne fument pas : 18,2 % quand aucun des parents ne fume, 26,3 % quand un des parents fume et 28,6 % quand les deux parents fument. La troisième modalité se fait par renforcement indirect qui survient quand un individu expérimente des

sentiments positifs en voyant les autres récompensés pour avoir eu (adopté) certains comportements.

Les facteurs personnels

Les expériences influencent également le processus de prise de décision d'un individu. Les compétences, connaissances, croyances, attitudes et perceptions jouent aussi un rôle. Selon la SCT, ces expériences antérieures et leurs résultats sont mémorisés par la personne sous forme de « résultats attendus et espérés ». Ceux-ci correspondent aux conséquences anticipées par la personne qui a adopté un comportement donné. Ces attentes proviennent des expériences personnelles antérieures liées au même comportement, à l'observation d'autres personnes et au recueil d'informations disponibles sur ce comportement. Tout comme le modèle des croyances relatives à la santé, la SCT précise que le sentiment de compétence personnelle – c'est-à-dire la perception qu'un individu a de sa capacité à réussir à adopter un comportement pour obtenir des résultats escomptés – est un facteur essentiel. La SCT considère que les décisions relatives au comportement sont influencées par un sentiment de compétence personnelle dans l'aptitude à mener à bien le comportement.

Les déterminants du comportement

Ces déterminants du comportement correspondent à des processus appris, basés sur « l'auto-observation, auto-jugement et auto-réaction ». De nombreuses activités réalisées entraînent des récompenses (renforcements) non apparentes. Bandura suggère cependant que les personnes peuvent se récompenser elles-mêmes par le biais d'un « auto-renforcement » ou d'une « auto-satisfaction ». Il affirme que le comportement de quelqu'un suit une logique interne qu'il ne change pas complètement avec son environnement, en raison de l'existence de standards de performance et de normes morales que la personne s'est fixés pour elle-même. Les personnes sont lucides vis-à-vis de leur capacité d'auto-observation, d'auto-jugement et d'auto-réaction grâce à leur capacité à utiliser des symboles et à prendre des décisions rationnelles. Dans l'auto-observation, les personnes gardent la marque de leur comportement de façon à optimiser les résultats agréables. Dans le cas de l'auto-ajustement, les personnes jugent leurs actions en se basant sur leur efficacité pour atteindre un but. Pour ce qui est de l'auto-réaction, les

personnes se récompensent ou se pénalisent pour leur actions. Ces récompenses et punitions peuvent entraîner de faibles changements dans l'estime de soi jusqu'à des actes caractérisés contre soi-même. Parfois, cependant, les individus agissent de façon contradictoire. Ce type de comportement correspondrait, selon les théoriciens, à une attitude de résilience. Celle-ci étant la capacité que chacun a de surmonter des épreuves.

En pratique, la SCT peut être utile à l'éducateur de santé dans les programmes qui visent à augmenter les connaissances, à changer les attitudes ou les comportements. Plusieurs techniques spécifiques connues en éducation pour la santé proviennent directement de cette théorie ou y sont étroitement liées. Quelques exemples de ces méthodes incluent le mimétisme, l'engagement par contrat, l'acquisition de compétences et l'auto-surveillance. La SCT est particulièrement attirante pour les éducateurs en raison de la prise en compte dans la détermination du comportement de l'environnement, des facteurs personnels et comportementaux, et de l'interaction de ces facteurs pour la prise de décision.

Le modèle des croyances relatives à la santé (*Health Belief Model*, HBM – Hochbaum, Becker, Rosenstock)

Le modèle des croyances relatives à la santé a été initialement développé dans les années cinquante par l'*American Public Health Service* pour expliquer pourquoi certains programmes de santé, en particulier ceux concernant le dépistage de maladies asymptomatiques, ne fonctionnaient pas. Depuis, le HBM a été l'un des modèles psychosociaux le plus utilisé dans la compréhension des comportements reliés à la santé. Son utilisation a été élargie à la compréhension des comportements associés à la prévention des maladies tout comme l'observance des prescriptions médicales. Le modèle actuel tend à expliquer pour quelle(s) raison(s) les individus se soumettent ou non à un dépistage, prennent des mesures préventives, modifient leurs comportements et les conditions de vie néfastes à leur santé. La façon dont une personne accomplit ses tâches dépend de trois groupes de déterminants habituellement définis comme la disposition personnelle, les obstacles gênant l'action et les facteurs la déclenchant. La disposition personnelle est liée à la perception de sa propre vulnérabilité. Elle corres-

pond à la perception qu'une personne a de la menace d'être atteinte d'une certaine maladie. Le questionnaire du Baromètre santé pose à ce sujet une série de questions sur la perception des craintes pour soi-même de différents risques sanitaires (maladies dues au tabac, à la consommation d'alcool, cancer, sida, etc.). La disposition personnelle renvoie également au sentiment que la personne a de la gravité de tomber malade et des conséquences médicales, sociales et économiques que cela engendrerait. D'après le HBM, les individus prennent en compte également les bénéfices perçus et les croyances en rapport avec les actions personnelles engagées pour lutter contre la peur d'une maladie. En ce qui concerne les obstacles gênant l'action, on peut évoquer la perception des barrières qui peuvent décourager l'adoption de comportements liés à la santé. Quelques questions du Baromètre santé explorent ce domaine : « *D'une manière générale, avez-vous renoncé à l'idée d'arrêter de fumer par peur de prendre du poids ?* ». Ou encore : « *Qu'est-ce qui pourrait vous aider à réussir (d'arrêter de fumer) la prochaine fois ?* ». Lors de la prise de décision pour adopter ou non un certain comportement, l'individu réfléchira à la façon d'y parvenir. Ceci inclut le coût, la possibilité et la capacité individuelle pour réussir. Par ailleurs, des facteurs internes tels que la motivation personnelle et le sentiment d'efficacité personnelle jouent un rôle important dans le déclenchement de l'action. Le sentiment d'efficacité personnelle concerne la sensation que chacun éprouve concernant sa capacité à adopter un comportement défini pour obtenir certains résultats. À ce sujet, le Baromètre santé médecins généralistes 98/99 pose des questions sur le sentiment d'efficacité du généraliste dans différents domaines : « *Vous, personnellement, vous trouvez-vous efficace (très, assez, peu, pas du tout) pour aider les patients à changer leurs comportements dans les domaines suivants : tabagisme, alcoolisme, alimentation, etc. ?* ». Les résultats montrent que les généralistes ayant un sentiment d'efficacité plus grand sont également ceux qui déclarent avoir une démarche préventive plus active. Le modèle inclut aussi des facteurs externes qui peuvent influencer l'adoption d'un comportement lié à la santé. Ces éléments sont, par exemple, le niveau d'éducation, les groupes sociaux auxquels la personne s'identifie, les autres personnes significatives, les médias, la politique sociale et les contraintes légales.

Théorie de l'action raisonnée (Tora)

Selon la Tora, un individu adopte un comportement s'il pense qu'il va produire le plus d'effets positifs et le moins d'effets négatifs. Lorsqu'une personne effectue un choix, elle sélectionne l'alternative qui lui procurera l'utilité subjective attendue maximale (Edwards, 1954). Cette théorie suppose que le comportement peut être prédit par le biais de l'intention, à condition, toutefois, que la mesure de l'intention et du comportement associé soit étroitement liée en termes de temps, d'action et de contexte, et que tous les autres facteurs influençant le comportement passent par l'intention. La force de l'intention pour adopter une certaine conduite est elle-même déterminée par des attitudes et des normes subjectives relatives à ce comportement. Les attitudes sont déterminées à la fois par la croyance dans les résultats attendus de ce comportement et par l'évaluation des conséquences du comportement lui-même. Les facteurs qui déterminent les normes sociales sont à la fois les croyances normatives liées à l'importance accordée à l'opinion du groupe de référence et à la motivation à agir dans le sens exprimé par ce groupe à l'égard du comportement à adopter. Schématiquement, le modèle général dû à Fishbein (1977) (*Figure 1*) se présente ainsi¹ : un exemple de mise en pratique de la Tora est fourni par une étude réalisée en 1988 dans le cadre de consultations pour les maladies sexuellement transmissibles (MST) sur les déterminants liés à l'intention d'utiliser les préservatifs (Baker, 1988). Le questionnaire de l'étude a été développé en analysant des résultats significatifs issus d'entrevues réalisées sur la base de questionnaires ouverts auxquels a été soumis un échantillon de la population ciblée. Les variables étaient mesurées à partir d'une échelle. Par exemple :

1. les personnes ont répondu à la question portant sur l'intention du comportement selon une échelle « *probable-non probable* ». La question était : « *J'utiliserais (demanderais à un partenaire d'utiliser) un préservatif pendant une relation sexuelle avec un partenaire nouveau ou non régulier pour prévenir une infection* » ;
2. l'attitude vis-à-vis du comportement était appréciée à partir de la somme des réponses classées selon des échelles « *stupide-intelligent* » et « *bien-mal* » et en réponse à des questions du type : « *Uti-*

1. Cf. l'ouvrage de Thomas R. et Alaphilippe D.

liser un préservatif avec un nouveau partenaire ou un partenaire non régulier pour prévenir une infection est... » ;

3. pour mesurer la norme subjective générale, il était demandé de répondre à la question : « La plupart des gens qui sont importants pour moi pensent que si j'avais des relations sexuelles avec un nouveau partenaire ou un partenaire non régulier, j'utiliserais (définitivement-non définitivement) des préservatifs pour prévenir les infections » ;

4. chaque réponse concernant les croyances était évaluée pour mesurer la croyance relative au comportement. Les questions posées incluaient, par exemple, la question : « Utiliser des préservatifs est un moyen efficace pour moi afin d'éviter et de transmettre des MST ». Les réponses étaient reportées sur une échelle « probable-non probable » ;

5. pour l'évaluation des conséquences, chaque réponse concernant les croyances était évaluée à l'aide de question comme : « Pour moi, prévenir des MST est... », les réponses devant se répartir selon une échelle « bien-mal » ;

6. les croyances normatives ont été étudiées à partir des croyances normatives spécifiques (par exem-

ple : « Mon médecin pense que je devrais utiliser des préservatifs avec un partenaire nouveau ou non régulier pour prévenir des infections ») pour constituer des questions mesurables sous la forme de « Mon médecin pense qu'avec un nouveau partenaire ou un partenaire non régulier, je devrais (définitivement-ne devrais définitivement pas) utiliser des préservatifs pour prévenir les infections » (Carter, 1990).

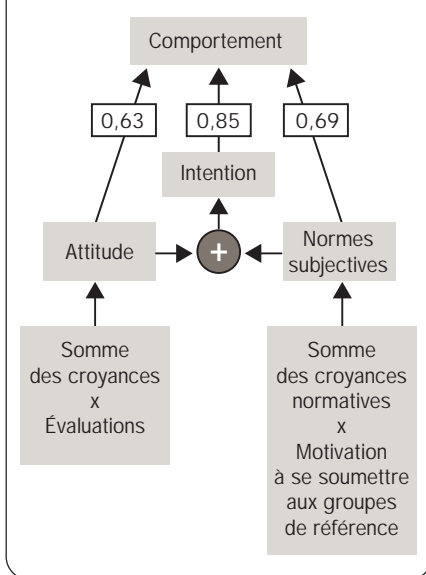
Modèle des étapes du changement (Prochaska et DiClemente)

Les principaux concepts de ce modèle font référence au fait que le changement de comportement est un processus et non un événement ponctuel, et que les individus ont divers degrés de motivation ou de disposition à changer (Glanz et Rimer, 1995). Le modèle définit cinq étapes dans le changement de comportement. Il a surtout été utilisé dans les programmes de cessation du tabagisme, puis il a été étendu à de nombreux domaines de la santé physique et mentale : l'alcoolisme, la toxicomanie, les comportements alimentaires, le sida, la mammographie de dépistage, l'exposition au soleil, etc. Les six étapes d'un changement de comportement proposées sont les suivantes :

1. La pré-intention. La personne n'envisage pas de changer son comportement dans les six prochains mois. Les raisons en sont variées : manque d'information, manque de confiance en soi, échecs antérieurs, peur des conséquences, choix d'autres priorités.
2. L'intention. La personne aimerait bien modifier ses habitudes dans un avenir relativement proche. Elle pèse le pour et le contre.
3. La préparation. La décision est prise et la personne se prépare au changement. Elle demande conseil, recherche des informations.
4. L'action. Il s'agit d'une période d'environ six mois au cours de laquelle la personne modifie ses habitudes. Cela lui demande beaucoup d'attention et de volonté quotidienne.
5. Le suivi. Il s'agit d'éviter les « rechutes ». L'effort à fournir est moins intense, la personne a davantage confiance en ses capacités de changement. C'est une période qui le plus souvent dure environ cinq ans.
6. La résolution. C'est le moment où la personne n'a plus jamais la tentation de revenir à son comportement antérieur, même quand elle est stressée,

Figure 1

Coefficients de corrélation entre les éléments du modèle de Fishbein



anxieuse, déprimée ou en colère. De plus, elle est tout à fait convaincue qu'elle ne « rechutera » pas. Une étude auprès d'anciens fumeurs et d'anciens alcooliques a montré que moins de 20 % des individus de chaque groupe avaient atteint ce stade.

Ce processus n'est pas linéaire car il peut y avoir des rechutes ou des retours à un stade précédent. L'un des intérêts de ce modèle est justement de prendre en compte ces possibilités comme parties intégrantes du processus de changement. Le modèle trans-théorique peut être utile pour identifier le stade auquel les personnes se situent afin de développer un programme d'éducation ou de promotion de la santé adapté. Ces étapes identifiées, il est alors possible de comprendre les besoins de la population ciblée et de proposer des objectifs.

À partir de ce modèle théorique, un certain nombre d'études ont proposé des questionnaires reprenant les différentes étapes du processus de changement. Ainsi, le modèle conventionnel est composé des questions suivantes (Prochaska, DiClemente, Norcross, 1992) :

1. Precontemplation. *Do you currently smoke cigarettes (Yes) and : Are you seriously considering quitting smoking within the next 6 months (No).*

2. Contemplation. *Do you currently smoke cigarettes (Yes) and : Are you seriously considering quitting smoking within the next 6 months (Yes) and : Are you planning to quit in the next 30 days (No).*

Contemplation. *Do you currently smoke cigarettes (Yes) and : Are you seriously considering quitting smoking within the next 6 months (Yes) and : Are you planning to quit in the next 30 days (Yes) and : In the past 12 months, have you tried to quit smoking AND succeeded in not smoking for at least 24 hours (No).*

3. Preparation. *Do you currently smoke cigarettes (Yes) and : Are you planning to quit in the next 30 days (Yes) and : In the past 12 months, have you tried to quit smoking AND succeeded in not smoking for at least 24 hours (Yes).*

4. Action. *Do you currently smoke cigarettes (No) and : Have you smoked any cigarettes in the past 6 months (Yes).*

5. Maintenance. *Do you currently smoke cigarettes (No) and : Have you smoked any cigarettes in the past 6 months (No).*

Le questionnaire du Baromètre santé 2000 n'a pas été modifié au point de reprendre le questionnaire conventionnel tel quel. Seules les étapes de la pré-intention et de l'intention sont abordées. Les fumeurs qui répondent avoir l'envie d'arrêter de fumer répondent à une question sur leur projet d'arrêt : « Avez-vous le projet d'arrêter... dans les mois à venir, dans les six prochains mois, dans les douze prochains mois, dans un avenir non déterminé ? ». Le questionnaire explore également les motivations à l'arrêt ainsi que les différentes tentatives déjà réalisées.





Historique du Baromètre santé

Mieux connaître la santé des Français

Si la première partie de cette introduction a montré tous les apports de la sociologie et de la psychosociologie à la compréhension de la relation de l'individu avec sa santé, l'épidémiologie va permettre d'étudier la distribution et les déterminants des états de santé et des maladies dans une population.

Le système d'information sanitaire français, bien que développé, peut encore être amélioré en termes de cohérence et de couverture de certains domaines, en particulier les données de morbidité (Haut Comité de la santé publique, Rapport *La santé en France*). En dehors des statistiques de mortalité, de certaines études réalisées en milieu hospitalier et de résultats fragmentaires sur les comportements de santé, les éléments d'orientation et de décision étaient peu nombreux. Cette difficulté à obtenir des données, quel que soit le domaine, semble être un problème récurrent en France. Depuis la loi du 22 juillet 1791, qui pose le principe d'un recensement général (*dénombrement par tête*), le recensement de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) n'est pas toujours très bien compris de la part la population. L'épidémiologie, à ses débuts, souleva également beaucoup de scepticisme à son égard. Lorsqu'au début des années cinquante, Doll et Hill mirent en évidence le lien

entre tabagisme et cancer broncho-pulmonaire à l'aide d'études cas témoins (épidémiologie analytique), on pouvait lire dans la revue *Lancet*, en 1951, à ce propos : « *les éléments rassemblés sont purement anecdotiques, obtenus par traitement statistique d'informations cliniques* ». Aujourd'hui, la situation a évolué et une prise de conscience de ce manque d'informations s'est faite dans deux contextes bien précis. Tout d'abord, le développement à partir des années soixante-dix de grandes campagnes médiatiques sur les thèmes de santé (tabac, prévention routière, etc.) a nécessité, dans leur mise en place, la réalisation d'études sur les représentations et les comportements de santé des Français. Ensuite, l'épidémie soudaine du sida a rendu urgente la connaissance de certaines habitudes de vie et de pratiques de prévention. Depuis les travaux de P. Simon en 1972, que savait-on de la sexualité des Français et comment avoir une politique rapidement opérationnelle dans ce domaine si l'on ne disposait pas d'un minimum d'informations récentes sur le sujet ? Cette étude sur les comportements sexuels des Français, suggérée par le Professeur Got dans son rapport sur le sida de 1988, fut réalisée par téléphone par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) en 1990-1991 (A. Spira, N. Bajos unité 292 et le groupe ACSF). Deux autres facteurs de développement des enquêtes épidémiologiques par

sondage ont facilité cette mise en œuvre : l'apparition d'outils d'analyse statistique plus pratiques et de nouvelles méthodes de recueil des données avec le développement du système de recueil des données par téléphone assisté par ordinateur (Cati).

Développer un outil pour les programmes nationaux

La création du Baromètre santé a été décidée par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) en relation avec les grands organismes nationaux en charge des problèmes de santé : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville (direction générale de la Santé), Haut Comité de la santé publique, Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie et la Mutualité sociale agricole (MSA). Le CFES, avec le concours scientifique de l'Inserm (unités 292 et 357) et de l'Observatoire régional de la santé (ORS) Provence-Alpes-Côte-d'Azur, a assuré la mise en place du suivi et de l'exploitation de ce nouvel outil. Le Baromètre santé mesure, à un temps *t*, l'état des com-

portements, des attitudes, des opinions et des connaissances de la population enquêtée (épidémiologie descriptive). Il donne des informations d'ordre déclaratif sur les grands thèmes de santé. Sa répétition dans le temps permet de mettre en évidence des grandes évolutions, dans les domaines précités, des opinions, attitudes et comportements de santé de la population vis-à-vis des questions qui relèvent de la santé publique. En se substituant partiellement aux multiples études thématiques réalisées de façon circonstancielle par les cinq organismes promoteurs, le Baromètre santé donne une cohérence d'ensemble à l'exploitation du champ de la santé et accroît ses potentialités heuristiques et pragmatiques. Il constitue une source de données pour définir les objectifs des programmes nationaux de prévention et procure des indicateurs susceptibles d'orienter des études spécifiques plus pointues et d'engager des actions de terrain plus ciblées (pour certains types de populations ou dans certaines régions). Il constitue, par ailleurs, une banque de données périodiquement alimentée qui offre la possibilité de réaliser des comparaisons avec les enquêtes menées dans d'autres pays.

Chronologie de réalisation des différents Baromètres santé depuis 1992

Année du terrain	Baromètre santé	Effectif interrogé
1992	Adultes	2 099
	Médecins généralistes	252
1993	Adultes	1 950
	Médecins généralistes	494
1994	Médecins généralistes	1 013
1995	Adultes	1 993
1996	Adultes nutrition	1 984
1997	Jeunes	4 115
1998	Médecins généralistes	2 073
	Enquête pharmaciens en officine	1 001
1999	Jeunes et adultes (12-75 ans)	13 685
	12-25 ans Alsace	1 237
	12-25 ans Nord-Pas-de-Calais	1 038
	12-25 ans Pays de la Loire	1 091
	12-25 ans Picardie	1 267
	12-75 ans Poitou-Charentes	1 032





Choix de la méthode du recueil des données

Les différentes approches par sondage

Le Baromètre santé est une enquête périodique par téléphone utilisant la technique du sondage aléatoire. Cette approche est, compte tenu des objectifs, la solution de loin préférable par rapport à une enquête utilisant le recensement. Cette dernière consisterait, par définition, à interroger tous les individus d'une population sur leurs comportements, attitudes, opinions et connaissances en matière de santé, ce qui sur le plan financier et organisationnel est pratiquement impossible. Sous certaines conditions, l'enquête par sondage en ne sélectionnant qu'une partie de la population, *qualifiée de représentative*, permet d'obtenir des données aussi fiables (voire plus fiables) à moindre coût et dans des délais plus courts. Les sondages les plus connus sont ceux qui concernent la mesure de l'opinion publique. La première enquête de ce type, devenue célèbre, date de 1936 à l'occasion des élections présidentielles américaine (Gallup, Crossley Poll et Roger). Depuis cette époque, leur succès a entraîné une multiplication de ce type d'investigation auprès de la population, qui peut à la longue produire un effet de saturation.

Le sondage peut être réalisé selon deux grandes méthodes : de façon probabiliste reposant sur un tirage au sort ou de façon empirique (par exemple, la méthode des

quotas). Le Sondage aléatoire simple (Sas) est une méthode d'échantillonnage attribuant la même probabilité de tirage à tous les échantillons que l'on peut constituer dans la population et qui ont une taille donnée. Le tirage est effectué de façon directe et sans stratification. Une large partie de la théorie statistique des sondages repose sur l'hypothèse que l'on se situe en présence d'un sondage aléatoire simple, alors que la plupart des plans de sondage effectivement mis en œuvre dans la pratique sont des plans complexes.

Le Baromètre santé est un sondage à deux degrés à probabilités inégales : 1° = tirage au sort des ménages¹ ; 2° = tirage au sort d'un individu dans chaque ménage parmi l'ensemble des sujets éligibles. En raison de la taille inégale des ménages, la probabilité de sélection d'un sujet est elle-même inégale. L'estimation des pourcentages, moyennes et autres paramètres d'intérêt devra donc tenir compte de cette probabilité inégale par une pondération adéquate (inverse de la taille du ménage). En pratique, pour le calcul des variances (pour les intervalles de confiance et les tests statistiques), on peut considérer

1. Base de sondage non exhaustive puisque environ 5 % de la population n'ont pas le téléphone et environ 23 % des abonnés sont sur liste rouge. Par ailleurs, en août 2000, les personnes uniquement équipées d'un portable étaient estimées à 2,5 %. Les personnes inscrites sur liste orange sont directement accessibles par l'annuaire France Télécom.

ce sondage comme un sondage à un degré à probabilités inégales puisqu'il n'y a pas d'effet grappe : un seul sujet sélectionné dans chaque ménage. Par opposition au sondage aléatoire, la méthode des quotas est une technique dans laquelle la probabilité de tirage des échantillons n'est pas maîtrisée par le sondeur, préalablement à la phase de tirage effectif de l'échantillon. Le postulat de cette approche est qu'un échantillon, à l'image de la population de référence pour certains critères (*variables de contrôle*), le sera aussi quant à l'objet de l'étude, l'image étant définie par des caractéristiques préalablement choisies : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, etc. L'échantillon sera qualifié de représentatif par rapport aux variables de contrôle si ces dernières sont identiquement distribuées sur l'échantillon et sur la population de référence. Avec cette méthode de sondage, il n'est plus possible de déterminer *a priori* quelle est la probabilité qu'à chaque individu d'appartenir à l'échantillon. L'enquêteur, même tenu de travailler de la façon la plus « aléatoire » possible, reste libre de ses choix. Par conséquent, le principe d'inférence statistique disparaît et il peut exister un biais de sélection lors de la constitution de l'échantillon. La précision des estimateurs et par conséquent les intervalles de confiance ne sont pas calculables rigoureusement puisque aucune probabilité n'est connue. Dans une enquête de type quotas par téléphone, il est en revanche possible d'introduire de l'aléa dans le choix des ménages (annuaire, minitel, etc.), mais pas dans la sélection du sujet répondant à l'enquête. Trois grands avantages sont en général reconnus aux sondages par quotas. D'abord ils sont plus rapidement mis en œuvre et très souvent moins onéreux que les techniques probabilistes. En ce qui concerne la promptitude, un enquêteur a un rendement environ deux fois plus élevé lorsqu'il choisit librement les individus à questionner. Deuxièmement, en l'absence d'une base de sondage, le sondage par quotas peut s'avérer être la seule méthode réalisable¹. Ensuite, le sondage par quotas est considéré comme préférable pour des échantillons de

faible effectif ($n = 1\ 000$ et moins), en raison d'une variance plus importante pour la méthode aléatoire². Un des inconvénients majeurs des quotas repose sur le postulat de la méthode. En effet, la grande difficulté est de choisir les critères dits représentatifs de façon pertinente pour l'étude envisagée, surtout pour des problèmes de santé ou sociologiques. Il n'existe pas de mesure de l'adéquation des quotas à respecter pour la réalisation d'une enquête. Le second inconvénient est l'impossibilité de calculer des taux de non-réponse et d'évaluer la précision des estimations.

La place du téléphone

Parmi les différents mode d'interview, le téléphone s'est assez logiquement imposé pour l'enquête Baromètre santé. Les alternatives, face-à-face et auto-administré, n'étaient pas raisonnablement utilisables pour répondre aux objectifs de l'enquête. Le face-à-face, principalement en raison du temps et du coût de la collecte des données, l'auto-administré en raison du faible taux de participation qui aurait pu en découler (enquête postale). Il n'existe pas en soi de mode d'interview parfait, chacun ayant ses inconvénients et ses avantages selon les type d'enquête et les sujets abordés. Les arguments qui sont en faveur de la méthode du téléphone sont les suivants :

- qualité de la base de sondage relativement exhaustive³ et régulièrement actualisée ;
- taux de participation relativement correct, surtout si cette collaboration est motivée par l'envoi d'une lettre annonce ;
- gestion automatisée des interviews (Cati, possible également en face-à-face et auto-administré avec les systèmes Capi et Casi) ;
- l'absence physique de l'enquêteur limitant l'influence au niveau des réponses, sur-

1. Cependant, il est possible d'utiliser des méthodes aléatoires même sans base de sondage *a priori* (*tirage systématique, sondage auréolaire*).

2. Cet avantage peut s'avérer préférable au risque de biais de sélection.

3. Selon l'Insee, le taux d'équipement des ménages en téléphone fixe était, en 1997, de 95,8 %.



veillance de l'administration et de la compréhension du questionnaire ;

- possibilité d'interroger les personnes en difficulté avec l'écriture ou la lecture.

Les arguments en défaveur sont principalement les suivants :

- temps de réflexion plus court pour répondre aux questions et donc possibilité d'oubli ou d'erreur dans certains domaines (biais de mémorisation) ;
- l'isolement de l'interviewé pour répondre aux questions pas toujours possible ;
- risque de biais de déclaration lorsque l'interviewé est peu enclin à la verbalisation à propos de sujets sensibles ou intimes ;
- difficulté, à l'avenir, de connaître les hors-champs et les hors cibles en raison de l'absence, à ce jour, d'annuaire téléphonique pour les téléphones portables.

La méthode d'interview par téléphone est utilisée depuis plus de vingt ans en France et semble ne pas poser de problèmes majeurs. Même pour les sujets aussi sensibles que la violence envers les femmes ou les comportements sexuels, cette technique semble donner satisfaction⁴. La principale limite concerne la qualité de la base de sondage puisque les enquêtes incluant les personnes sur liste rouge (environ 23 % des abonnés en 1997 selon l'Insee, avec de fortes disparités régionales et sociales) ne sont pour le moment pas systématiques, alors que ces sujets sembleraient avoir des caractéristiques différentes des autres abonnés. De plus, le développement des téléphones portables avec suppression des lignes fixes sans annuaire les répertoriant est également problématique. Un autre élément à surveiller est l'ouverture totale du marché à la concurrence du réseau téléphonique qui a eu lieu le 1^{er} janvier 2001.

Situer les investigations dans le temps

La prise en compte d'une dimension temporelle au cours d'une enquête est délicate⁵.

4. Voir les enquêtes, ACSF, KABP sida, Enveff, Cocon.

Dans l'étude Baromètre santé, le temps apparaît à trois niveaux :

- les évolutions au cours des années ;
- la période de l'année où se déroule la collecte des données ;
- les références temporelles des questions (hier, au cours des sept derniers jours, au cours des douze derniers mois, au cours de la vie).

L'un des objectifs du Baromètre santé est de mesurer des évolutions : la consommation de tabac diminue-t-elle au cours des années ? La réponse apportée par le Baromètre santé peut se formuler en ces termes : la consommation déclarée en novembre 1992 est supérieure (identique ou inférieure) à celle déclarée en novembre 1999 par un échantillon indépendant de celui de 1992. Ainsi, la solution retenue a été celle de répéter des enquêtes, initialement tous les ans, à une même période de l'année, avec un échantillon retiré entièrement à chaque enquête. Cette procédure est naturellement discutable : comment s'assurer que les évolutions constatées sont bien le fruit d'un changement dans les pratiques et non le fait du tirage du second échantillon qui comprendrait, par exemple, plus de fumeurs. Autrement dit, pourquoi ne pas avoir constitué un panel (ou cohorte) ou pourquoi ne pas avoir procédé à des enquêtes par vagues pour prendre en compte la saisonnalité de certains comportements ? Un des avantages des données de panels est que la précision dans une mesure d'évolution est accrue⁶ : la variation d'une mesure ne peut être le résultat d'un second tirage d'échantillon. Ce gain en terme de précision se retrouve dans l'estimation de la variance, moins élevée dans des données de panels que lorsque l'on tire plusieurs échantillons indépendants (la covariance étant par définition nulle). Cependant, cette méthode comprend aussi quelques inconvénients, en particulier lorsqu'il s'agit d'aborder des questions sur des comportements de santé : les sujets peuvent avoir des compor-

5. Voir à ce sujet P. Ardilly. *Les techniques de sondage*. Editions Technip, 1994 : 302-20.

6. Elle permet aussi d'observer des effets générations.

tements de santé qui se modifient du simple fait de se savoir observés ; la perception de l'anonymat est bien moindre dans une enquête de ce type, ce qui peut poser problème pour les sujets sensibles abordés dans le questionnaire. En outre, et c'est un point majeur, la gestion de la base nécessite un suivi très complexe à assurer : déménagement, effet de lassitude, etc.

L'aspect saisonnier des comportements, attitudes, opinions et connaissances en matière de santé est partiellement pris en compte dans le Baromètre santé. Lorsque le caractère que l'on souhaite observer présente une saisonnalité (valeur différente selon les mois ou les saisons), il est possible d'étaler dans le temps les interviews afin de couvrir l'ensemble du phénomène (on parle d'enquête par vagues). Certains sujets explorés par le questionnaire du Baromètre santé présentent plus ou moins un caractère de saisonnalité : les activités de sport ou de loisirs sont différentes selon les saisons ; les types d'alcool consommés peuvent être également différents selon que l'enquête se déroule l'été ou l'hiver, etc. Pour prendre en compte ces aspects saisonniers et les contrôler, les enquêtes Baromètre santé ont toujours lieu à la même période de l'année, en évitant la période du 24 décembre au 15 janvier où les comportements sont très certainement atypiques du fait des fêtes de fin d'année. De plus, puisque l'enquête se déroule du lundi au samedi inclus, elle permet de prendre en compte les variations journalières des comportements. En ce qui concerne les consommations de produits psychotropes (alcool, tabac, drogues illicites et certains médicaments), les consultations médicales, les accidents, les dépitages et d'autres domaines encore, les questions sont formulées de façon rétrospective sur l'année ou sur la vie. Cette façon d'essayer de contrôler les effets saisonniers est, bien entendu, moins efficace qu'une enquête par vagues. En effet, la précision des estimations des réponses sur des périodes (année, vie) qui font largement appel à la mémoire sont plus imprécises que les questions qui portent sur des

consommations de la veille ou de la semaine. Néanmoins, la plupart des questions de ce type ont été validées en France et dans d'autres pays, et cette procédure permet de limiter sensiblement les coûts de préparation et de collecte des données tout en laissant plus de temps pour leur exploitation et leur analyse.

Le choix des populations interrogées répond principalement à des contraintes techniques. En population générale, seuls les 12-75 ans parlant le français participent à l'enquête. Le Baromètre santé jeunes 97/98 a montré qu'il était aussi possible de faire, en France, une enquête de santé par téléphone auprès des 12-19 ans (taux de participation plus élevé que parmi les adultes, résultats concernant aussi les jeunes non scolarisés). L'expérience du terrain permet de penser que l'âge de 12 ans constitue une limite inférieure maximale (questionnaire long et difficulté de compréhension de certains termes).

En ce qui concerne la limite d'âge (moins de 76 ans), il y a deux raisons d'ordre technique. La première est que les enquêtes publicitaires d'évaluation faites auprès des plus de 75 ans sont extrêmement difficiles par téléphone (refus, audition, etc.) Ensuite, une investigation par téléphone au domicile principal des individus peut ne pas être représentative des populations les plus âgées. En effet, un certain nombre sont en séjour en milieu hospitalier, d'autres sont en maison de retraite sans avoir forcément de ligne téléphonique personnelle.

Enfin, l'enquête ne peut être réalisée que si les interviewés comprennent et parlent le français, sans distinction de nationalité, du moment que leur résidence principale est sur le territoire métropolitain. Cette limite est une contrainte financière tout comme le fait de ne pas interroger les départements et territoires d'outre-mer. Sur ce dernier point, il est important de préciser que pour la première fois en 1999, une enquête a été réalisée par la direction régionale des Affaires sanitaires et sociales (Drass) de la Réunion avec un protocole d'enquête et un



questionnaire proches de ceux du Baromètre santé. Pour conclure cette partie sur les principes généraux des Baromètres santé, signalons que le CFES a saisi, en 1997, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) d'une demande de conseil portant sur la mise en place du Baromètre santé jeunes. Le protocole d'enquête, le questionnaire, ainsi que la lettre annonce destinée aux parents ont fait l'objet d'un examen de la part de cet organisme qui a confirmé que « *les informations susceptibles d'être traitées présentent un caractère anonyme et qu'en conséquence, le traitement informatique envisagé n'a pas à faire l'objet de formalités préalables auprès de la Cnil* ». La Cnil formula deux recommandations qui ont été strictement appliquées : les jeunes de moins de 15 ans ne pouvaient participer à l'enquête que si au moins un des parents donnait son autorisation et les questions les plus sensibles ne devaient pas leur être posées (sexualité, suicide, drogues illicites).

Particularités du protocole d'enquête du Baromètre santé 2000

L'enquête réalisée en 1999 repose sur les mêmes principes évoqués précédemment, auxquels quelques innovations ont été apportées.

Il a été décidé d'interroger dans une même enquête une population d'adultes et une population de jeunes. L'intérêt d'un tel regroupement se situe dans la possibilité d'avoir un continuum d'observation des comportements de santé selon l'âge des individus. La séparation entre les 12-19 ans du Baromètre santé jeunes et les 18-75 ans du Baromètre santé adultes ne permettait pas d'étudier de façon précise la mise en place de comportements de santé entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte. Par ailleurs, la tranche d'âge des 12-19 ans ne représentait que trop partiellement la population des jeunes. Dans cette nouvelle enquête, les analyses ont été souvent conduites sur la période 12-25 ans (et non 12-19 ans).

La deuxième innovation concerne la réalisation de cinq suréchantillons régionaux : Alsace (12-25 ans), Nord-Pas-de-Calais (12-25 ans), Pays de la Loire (12-25 ans), Picardie (12-25 ans) et Poitou-Charentes (12-75 ans)¹. Ces suréchantillons régionaux s'inscrivent dans le cadre des programmes régionaux de santé. Le choix de ces régions ne correspond pas à un choix raisonné, en termes de régions représentatives par exemple, mais découle davantage d'un dé-

1. Un suréchantillon départemental (Seine-Saint-Denis, 12-19 ans) avait également été réalisé en 1997 à l'occasion du Baromètre santé jeunes 97/98.

Tableau I

Influence de l'échantillonnage sur la qualité

	Baromètre santé adultes 95/96	Baromètre santé jeunes 97/98	Baromètre santé 2000
Taille de l'échantillon	1 993	4 115	13 685
Pourcentage fictif	36,0 %	36,0 %	36,0 %
Intervalle de confiance*	33,9-38,1	34,5-37,5	35,1-36,9
Précision à ± x point près _{95 %}	0,021‡	0,015	0,009

Sous l'hypothèse d'un Sondage aléatoire simple (Sas)

* : indique la précision de l'évaluation d'un pourcentage en terme de « fourchette » (suréchantillon non pondéré).

$$\ddagger : 2 \times \sqrt{\frac{0,36 \times (1 - 0,36)}{1993}}$$

sir de participation et d'investissement des régions elles-mêmes.

La troisième et la quatrième innovations avaient comme objectif d'améliorer la qualité et la précision des estimations. La taille de l'échantillon national (hors suréchantillons régionaux) a été considérablement augmentée par rapport aux précédents Baromètres santé, passant d'environ 2 000 individus (4 115 pour le Baromètre santé jeunes 97/98) à 13 685 individus en 1999. La précision des estimations s'en trouve améliorée comme le montre le *Tableau I*.

Enfin, un gain en terme de couverture de l'échantillon a été recherché en incluant des individus dont le numéro de téléphone était sur liste rouge. En effet, environ 23 % des

abonnés à France Télécom ont un numéro de téléphone qui ne figure pas dans la base de sondage (l'annuaire). Or, il est aussi important de connaître leurs comportements, attitudes, opinions et connaissances en matière de santé. La procédure utilisée pour joindre ces personnes sera détaillée dans les chapitres suivants¹. Si les résultats observés auprès de cette population s'avéraient peu différents de ceux collectés auprès des autres abonnées, alors l'intérêt d'interroger ces personnes s'en trouverait amoindri. En revanche, des différences en termes de structure de population et de comportements de santé signifieraient qu'il serait désormais nécessaire d'inclure systématiquement dans le champ des enquêtes les personnes sur liste rouge pour prétendre avoir un échantillon et des résultats représentatifs de l'ensemble de la population en France.

1. En France, et à notre connaissance, le premier institut à réaliser des sondages auprès des listes rouges a été Mediamétrie au début des années quatre-vingt-dix.





URGENT - MURKIN MESSAGE

66/11/17

B7C

Élaboration du questionnaire

Quelques généralités

La principale difficulté lorsque l'on élabore un questionnaire est d'obtenir de « bonnes » réponses. Pour atteindre cet objectif, il est avant tout nécessaire d'avoir des questions ayant une bonne validité (*aptitude d'une question à fournir une mesure exacte de ce qu'elle a pour objet de mesurer*). Cependant, utiliser une question validée n'est pas suffisant pour obtenir de « bonnes » réponses, car d'autres obstacles qu'une « mauvaise » question peuvent être en jeu.

De nombreuses études ont été entreprises afin de mieux connaître l'influence d'une formulation et d'un ordre de questions d'un enquêteur dans les réponses données par une personne interviewée. Mc Kee et Mc Clendon (1991)¹ se sont intéressés, par exemple, à la différence entre une formulation demandant l'accord ou le désaccord des individus sur un sujet précis et une formulation du type « oui/non ». L'ordre des items peut également influencer les réponses. Ainsi, on considère que la personne interviewée retiendra en priorité, parmi une liste de réponses possibles, la première formulation qui lui semble proche de ce qu'elle ressent sans demander à l'enquêteur de répéter l'ensemble des réponses possibles. Il convient donc de toujours proposer

des échelles de réponses dans un ordre identique à tous les interviewés afin d'obtenir des données comparables. Dans le même esprit, l'ordre dans lequel se succèdent les thèmes abordés peut influencer les réponses données. Par exemple, dans une liste qui énumère différentes craintes pour soi-même vis-à-vis de certains risques sanitaires, les réponses peuvent être données comparativement aux réponses qui auront précédé : un individu peut minorer sa réponse sur sa crainte vis-à-vis de la tuberculose du simple fait que la question précédente portait sur sa crainte vis-à-vis du cancer. Pour avoir une estimation de chaque crainte fiable, celles-ci apparaîtront à l'enquêteur selon un ordre aléatoire pour chaque questionnaire. L'influence au niveau des réponses individuelles ne se retrouvera pas, en principe, au niveau de l'ensemble de l'échantillon. En outre, un ordre doit être défini dans les différents thèmes abordés lors d'une enquête. On évitera ainsi de commencer un questionnaire par des questions trop sensibles ou trop intimes, car le risque d'abandon s'en trouverait accru. Les questions sur la sexualité ou les pensées suicidaires du Baromètre santé apparaissent plutôt en fin de questionnaire ou au milieu, c'est-à-dire à un moment où la personne interrogée a pu être rassurée sur le sérieux de l'enquête, sur son intérêt ou son utilité. Il est également préférable d'éviter de poser les questions les plus importantes à la

1. Voir aussi Jacquart (1988), Sudman et Bradburn (1974), Schuman et Presser (1981), in J.-P. Grémy (1993).



fin du questionnaire, en particulier si celui-ci est long, car c'est à ce moment que peut apparaître une lassitude aussi bien chez l'enquêteur que chez l'enquêté. Une autre difficulté consiste à adapter les formulations des questions au mode de collecte des données : un questionnaire auto-administré ne ressemblera pas complètement à un questionnaire téléphonique : certains mots sont, par exemple, difficilement prononçables parmi les plus jeunes et il faut envisager le plus souvent possible des formulations de telle façon qu'une tierce personne éventuellement présente dans la pièce ne puisse comprendre les sujets abordés (réponses fermées ou précodées). Cependant, même une formulation sans difficulté apparente de compréhension ne sera pas obligatoirement bien assimilée par tout le monde (il peut s'agir aussi d'un moment d'inattention). Dans l'enquête Baromètre santé 2000, une des questions portait sur la consommation d'alcool au cours de la vie. Cette question est principalement utilisée comme filtre pour le reste du volet sur la consommation d'alcool. Depuis 1992, on observe environ 5 % des individus qui disent ne jamais avoir consommé d'alcool au cours de leur vie. La formulation de la question posée en 1999 était la suivante : « *Avez-vous déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées, c'est-à-dire de la bière, du vin ou un autre alcool ?* ». Les personnes qui répondaient « non » se voyaient poser une seconde question : « *et avez-vous déjà bu une boisson peu alcoolisée comme du cidre ou du panaché ?* ». Parmi les 4,1 % d'individus qui se déclarent non consommateurs au cours de la vie (première question), 40,1 % disent avoir déjà bu une boisson peu alcoolisée comme du cidre ou du panaché. Le fait que parmi les consommateurs obtenus avec la seconde question certains déclarent avoir consommé du vin au cours des sept derniers jours (boisson citée dans la première question) tend à démontrer que la première question n'avait pas été toujours bien comprise. Enfin, on peut citer un autre élément qui peut influencer les réponses, en la personne de l'enquêteur lui-même. Celui-ci

se doit d'être le plus neutre possible : ton platonique, pas d'approbations ni de réprobations vis-à-vis des réponses données, lecture fidèle de la question pour chaque interview, etc. Cette neutralité n'avait pas été demandée avec autant de rigueur lors du Baromètre santé jeunes 97/98. Les principales raisons étaient que face à un public d'adolescents et de pré-adolescents, il convenait avant tout de ne pas les déstabiliser par un ton trop froid (le tutoiement était autorisé) ou par des questions trop sensibles (cf. l'étude qualitative réalisée après certaines interviews).

La validation d'un questionnaire ou d'une question se doit de prendre en compte tous ces paramètres.

Le questionnaire des Baromètres santé

Le questionnaire de la première enquête réalisée en 1992 s'était inspiré de ceux utilisés par le CFES dans ses enquêtes circonstancielles, mais également des problématiques des campagnes d'information et de prévention en cours dans les organismes partenaires, ainsi que de certains travaux internationaux (OMS). Aujourd'hui, les principales études de référence utilisées pour compléter le questionnaire proviennent de certaines unités de recherche (Inserm, CNRS). La structure du questionnaire se compose de trois types de questions. Il y a des questions permanentes qui sont répétées à chaque enquête (« noyau dur »), des questions semi-permanentes et des questions plus circonstancielles qui sont fonction des intérêts ponctuels ou conjoncturels du CFES et de ses partenaires.

Le questionnaire se compose en règle générale de 150 questions, sauf cette année où, grâce à l'emploi de filtres, 300 questions figurent dans le questionnaire, pour une durée moyenne d'interview supérieure de 10 minutes par rapport aux autres années. En ne prenant pas en compte les questions sur la signalétique de l'individu (30 questions), la proportion de questions posées de façon identique depuis 1992 est



d'environ 5 %, celle des questions semi-permanentes est d'environ 55 % et celle des questions circonstancielle de 40 %. Le nombre de questions « noyau dur » est beaucoup plus important si l'on prend comme date de référence l'année 1995. Dans l'enquête réalisée en 1995, l'acception de la santé a été élargie de deux manières. Des questions ont été posées sur les conduites positives comme la pratique du sport, les habitudes de sommeil et alimentaires, le désir d'améliorer sa propre santé. Par ailleurs, la santé « perçue » rejoint la notion de qualité de vie. Pour la première fois, il a été adapté et appliqué une échelle de mesure de qualité de vie (le profil de santé de Duke). Les enquêtes qui ont suivi ont toutes réemployé ces thématiques supplémentaires dans leur questionnaire.

Le questionnaire du Baromètre santé 2000

L'élaboration de ce questionnaire a débuté en mars 1999 et a bénéficié de nombreuses collaborations avec des équipes de recherche. Les spécificités de ce questionnaire correspondent à celles des innovations citées auparavant. Le regroupement des jeunes et des adultes, tout en gardant à l'esprit le souci d'avoir des questions barométriques, n'a pas été sans difficultés. Le cas de figure le plus problématique a été celui où les deux questionnaires de référence (« jeunes » et « adultes ») avaient deux questions différentes pour un même thème, les deux se justifiant¹. Dans cette situation, il a été décidé : soit de poser deux questions différentes selon l'âge du répondant (ce qui a été le cas pour l'échelle de Duke par exemple), mais dans ce cas le bénéfice d'un échantillon jeunes-adultes est moindre ; soit de poser une même question à l'ensemble de l'échantillon, auquel cas une partie de l'échantillon répond à une question qui peut être moins bien adaptée que lors de la précédente enquête. Dans cette dernière cir-

constance, la comparaison avec les enquêtes antérieures devient plus délicate. Une solution a également consisté à poser les deux questions (les questions sur la fréquence de consommation des boissons alcoolisées comprennent à la fois celles utilisées dans le Baromètre santé jeunes 97/98 : « *au cours des douze derniers mois...* » et à la fois celle utilisée dans le Baromètre santé adultes 95/96 : « *au cours des sept derniers jours...* »). Une autre spécificité de cette enquête est liée aux suréchantillons régionaux. Un second questionnaire a été créé où un certain nombre de questions qui ne concernaient pas la population « jeunes » (dépistage des cancers, vaccination, etc.) a été remplacé par des questions plus appropriées vers ce public. Les thèmes abordés dans le questionnaire ont été reproduits avec quelques ajouts. Les questions sur la consommation de tabac, d'alcool et de drogues illicites ont été discutées principalement entre la Cnamts, l'OFDT et le CFES.

Les principales modifications apportées au questionnaire sur le tabagisme par rapport aux précédentes années sont les suivantes : la consommation de tabac est déclinée par produit (cigarette, tabac à rouler, pipe et cigare), afin de gagner en précision dans la description des consommations ; une question concerne le moment de la journée où la première cigarette est allumée (ce qui, couplé avec le nombre de cigarettes fumées par jour, donne une estimation de la dépendance – test simplifié de Fagerström) ; le projet de l'arrêt, la méthode envisagée, les tentatives d'arrêts et leurs motivations peuvent s'inscrire dans le modèle de Prochaska. Le volet « alcool » du questionnaire est demeuré presque inchangé, mis à part un item supplémentaire sur la consommation d'alcool au cours de la vie afin d'estimer dans quelle mesure certaines personnes se déclarent abstinences au cours de la vie et déclarent dans un second temps avoir déjà consommé des boissons peu alcoolisées. La partie drogues illicites détaille les consommations des différents produits au cours de la vie, de l'année et des trente

1. Pour des raisons de « calage » sur les enquêtes antérieures par exemple.



derniers jours. L'accent a été mis, cette année, sur les motivations à la consommation de cannabis, les motivations de la non-consommation au cours de l'année, la pratique des mélanges et les usages à problèmes. Le thème de la perception de la santé a notamment été mis en place avec la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees). La question sur les craintes sanitaires a été complétée par une question sur des craintes plus générales (guerre, chômage, etc.) pour essayer de relativiser les différentes craintes. La perception de son environnement au sens large a été également prise en compte cette année : bruit, pollution, pénibilité et satisfaction de l'activité professionnelle, l'information perçue sur différents thèmes de santé, les « personnes-recours » lorsque l'on se pose des questions sur la santé. Enfin, des questions explorent la perception des seuils de dangerosité pour la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis, ainsi que la perception de la notion de « drogue ». D'autres thèmes ont bénéficié de certains approfondissements.

Ainsi, l'activité sportive où le type de sport pratiqué a pu être enregistré ; les violences subies dont une question proposée par une équipe du CNRS (H. Lagrange, B. Lhomond) précise le mode de violence (avec les mains, les pieds, une arme, etc.) ; les maladies sexuellement transmissibles dont des questions explorent les informations données aux partenaires sexuels (J. Warszawski, N. Bajos, Inserm U. 292 ; I. Grémy, Orsif) ; les accidents de la vie courantes dont une question sur le port du casque étudie le degré de protection des utilisateurs de rollers, skate, VTT (F. Baudier, Cnamts) ; la perception d'une des réformes du système de soins avec une question sur le médecin référent (A. Krynen, FNMF) ; la vaccination avec des questions sur la pratique et les intentions de vaccination rougeole-oreillons-rubéole, la douleur et sa prise en charge (C. Felder, DGS ; H. Isnard, InVS ; G. Menahem, Credes).

Les différents groupes de travail se sont réunis régulièrement de façon bilatérale et sous la forme de séances plénières à plusieurs occasions.







Le questionnaire du Baromètre santé 2000

Le questionnaire est présenté dans son intégralité en reprenant les consignes telles qu'elles apparaissaient sur l'écran des enquêteurs, ainsi que les remarques que ces derniers ont pu formuler lors des séances de *débriefing*. L'aspect « barométrique » des questions est signalé par les références des enquêtes précédentes ayant déjà utilisé la question.

Comme cela avait été fait lors du Baromètre santé jeunes 97/98, un certain nombre de numéros de téléphone était mis à disposition de l'interviewé. Pour les 12-25 ans, celui de Fil santé jeunes était donné ; pour ceux qui avaient répondu avoir envie d'arrêter de fumer, Tabac info Service était proposé. Les numéros de Drogues info Service et Sida info Service étaient transmis si la personne le désirait. Enfin, si le sujet avait manifesté une certaine gêne lors de l'interview, les numéros d'un médecin et d'un psychologue du CFES lui étaient donnés. Deux interviewés ont ainsi contacté le psychologue, et une personne le médecin, pour leur dire que la passation du questionnaire les avait décidés à consulter un professionnel de la santé mentale et souhaitaient savoir s'ils avaient des adresses à leur recommander. Le questionnaire de cette enquête comprenait quelques sujets sensibles qui n'étaient posés qu'aux adolescents âgés de plus de 14 ans. L'expérience d'appel post-interview auprès des personnes ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide ou avoir subi des rapports sexuels forcés n'a pas été renouvelée cette année. Cette petite

enquête qualitative qui avait été menée lors du Baromètre santé jeunes 97/98 était plutôt rassurante quant aux effets d'une enquête sur les adolescents, puisque quasiment tous avaient trouvé que l'interview avait été pour eux l'opportunité de parler de sujets qu'ils avaient rarement l'occasion d'aborder avec d'autres personnes.

En revanche, nous nous sommes sommairement intéressés cette année aux impressions que pouvaient ressentir les enquêteurs. Une petite étude (auto-administrée et anonyme) a été réalisée pour essayer de savoir si les enquêteurs avaient été dérangés ou perturbés lors de la passation du questionnaire. Les réponses seront présentées dans la partie « Bilan du terrain ».

Signalétique _____	56
Perception de santé et environnement _____	58
Qualité de vie _____	62
Activité sportive _____	64
Vaccination _____	66
Poids et conduites alimentaires _____	68
Tabac _____	69
Alcool _____	72
Suicide _____	74
Violence _____	75
Sexualité, contraception, MST _____	76
Drogues illicites _____	79
Douleur, consommation de soins et de médicaments _____	85
Dépistage des cancers _____	88
Accidents _____	89
Signalétique (classification Insee des professions) _____	91

Signalétique

Pour commencer, je vais vous poser quelques questions générales.

★ Enquêteur : demander à l'interviewé(e) de s'isoler, s'il peut, pour répondre à ce questionnaire.

Q1 Sexe de l'interviewé :

- 1 Homme
- 2 Femme

Q2 Quel est votre âge ?

★ Enquêteur : bien vérifier la date d'anniversaire.

Q3 Quels sont votre mois et votre année de naissance ?

★ Enquêteur : noter les 2 derniers chiffres de l'année. Si refuse catégoriquement de dire le mois, coder 99.

- 1 Mois :
- 2 Année :

Q4 Avec combien de personnes vivez-vous habituellement, en dehors de vous ?

- 1 1
- 2 2
- 3 3
- 4 4
- 5 5
- 6 6
- 7 7
- 8 8
- 9 9
- 10 10
- 11 11
- 12 12 et plus
- 13 Aucune autre
- 14 (NSP)

Débrief : la question peut poser problème pour les personnes ayant connu un décès récent dans le foyer

Q5 Qui sont ces personnes ?

◆ *Si ne vit pas seul*

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles.

- 1 Votre père
- 2 Votre mère
- 3 Votre beau-père
- 4 Votre belle-mère
- 5 Votre (vos) frère(s) ou demi-frère(s)
- 6 Votre (vos) sœur(s) ou demi-sœur(s)
- 7 Votre grand-père
- 8 Votre grand-mère

- 9 Votre conjoint/petit ami/fiancé/concubin/compagnon
- 10 Votre (vos) filles ou belle(s)-filles
- 11 Votre (vos) fils ou beau(x)-fils
- 12 Un ou des ami(e)s
- 13 Autres (préciser)
- 14 (NSP)

Q6 Autres (préciser)

◆ *Si autre à la question Q5*

★ Enquêteur : noter en clair.

Q7 Pour quelles raisons ?

◆ *Si moins de 20 ans et dit ne pas vivre avec ses 2 parents*

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles si le(s) parent(s) absent(s) n'est (ne sont) présent(s) que le week-end ou absents pour moins d'un an, revenir en Q4 : le(s) compter en Q4 et mettre à jour la Q5.

- 1 Parents séparés, divorcés
- 2 Père décédé
- 3 Mère décédée
- 4 Absent(s) pour raison professionnelle (à partir d'un an ou plus)
- 5 (Autre, exemple : étudiant)
- 6 (NSP)

Q8 Avez-vous, vous-même, des enfants ?

◆ *Pour les 15 ans et plus*

★ Enquêteur : il s'agit de tous les enfants que l'interviewé considère comme étant ses enfants.

- 1 Oui
- 2 Non

Q9 Combien y a-t-il d'enfants qui habitent chez vous ?

◆ *Si enfant dans le foyer*

★ Enquêteur : inclure pensionnaires et enfants en garde.

Q10 Quel est l'âge de ces enfants qui habitent chez vous ?

◆ *Si enfant dans le foyer*

★ Enquêteur : si moins de 1 an coder 0.

- 1 1^{er} enfant
- 2 2^e enfant
- 3 3^e enfant
- 4 4^e enfant
- 5 5^e enfant
- 6 6^e enfant
- 7 7^e enfant
- 8 8^e enfant
- 9 9^e enfant



- 10 10^e enfant
11 11^e enfant

Q11 Quel est votre statut matrimonial légal ?

◆ Pour les 15 ans et plus

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Célibataire (ou concubinage)
- 2 Marié(e) pour la 1^{re} fois
- 3 Remarié(e) après un divorce
- 4 Remarié(e) après un veuvage
- 5 Veuf(ve)
- 6 Divorcé(e) ou séparé(e)
- 7 (Ne veut pas dire)

★ Remarque : la question correspond à la classification de l'Insee.

Q12 Vivez-vous...

◆ Si NSP aux questions Q4 ou Q5

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Seul(e)
- 2 En couple
- 3 Avec vos parents (les deux ou un seul)
- 4 Avec d'autres personnes
- 5 Autres situations (préciser)
- 6 (Ne veut pas dire)

Q13 Autres situations

◆ Si autres situations questions précédentes

★ Enquêteur : noter en clair.

Q14 Concernant votre situation actuelle, êtes-vous...

BS 97

◆ Pour les 30 ans et moins

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 1 À l'école (collège/lycée) ou à l'université
- 2 En apprentissage ou en formation alternée
- 3 Au chômage (à partir de 16 ans (si pas école ou pas apprentissage))
- 4 Dans un processus d'insertion (CES, CEC) (à partir de 16 ans si pas école et non apprentissage)
- 5 Vous travaillez (à partir de 16 ans si pas au chômage)

Q15 Quelle est votre situation professionnelle ?

BS 92/95/97

◆ Pour les plus de 30 ans. Pour les moins de 30 ans au chômage ou qui travaillent ou ayant répondu non à tous les items précédents.

★ Enquêteur : énumérer si nécessaire.

- 1 Vous exercez un emploi à plein temps
 - 2 Vous exercez un emploi à temps partiel
 - 3 Vous êtes en formation continue
 - 4 Vous êtes en stage d'insertion (CES, CEC)
 - 5 Vous êtes en apprentissage ou vous suivez une formation en alternance
 - 6 Vous avez cessé de travailler et vous êtes au chômage non bénéficiaire du RMI
 - 7 Vous avez cessé de travailler et vous êtes au chômage bénéficiaire du RMI
 - 8 Vous avez cessé de travailler et vous êtes en congé de longue durée
 - 9 Vous avez cessé de travailler et vous êtes à la retraite ou pré-retraite
 - 10 Vous avez cessé de travailler et vous êtes en congé parental
 - 11 Vous avez cessé de travailler et vous êtes au foyer
 - 12 Vous avez cessé de travailler et vous avez repris vos études
 - 13 Vous avez cessé de travailler et vous êtes au service militaire
 - 14 Vous n'avez jamais travaillé et vous poursuivez vos études
 - 15 Vous n'avez jamais travaillé et vous êtes bénéficiaire du RMI
 - 16 Vous n'avez jamais travaillé et vous cherchez un premier emploi
 - 17 Vous n'avez jamais travaillé et vous êtes au foyer
 - 18 Vous n'avez jamais travaillé et vous êtes au service militaire
 - 19 Vous n'avez jamais travaillé et vous êtes en invalidité
 - 20 Vous avez cessé de travailler : vous êtes en invalidité
 - 21 (Non réponse)
- Débrief : la liste est trop longue*

Q16 Dans quelle classe êtes-vous ?

BS 97

◆ Si à l'école ou en apprentissage

★ Enquêteur : énumérer si nécessaire. Une seule réponse possible. Pour les étudiants n'ayant pas encore les résultats de la 2^e session, prendre la classe de l'année dernière.

- 1 CAP 1^{re} année
- 2 CAP 2^e année
- 3 CAP 3^e année
- 4 BEP 1^{re} année
- 5 BEP 2^e année
- 6 CM1
- 7 CM2
- 8 6^e
- 9 6^e SEGPA (Section d'enseignement général en professionnel adapté)
- 10 5^e
- 11 5^e SEGPA (Section d'enseignement général en professionnel adapté)

- 12 4^e
- 13 4^e Technologique
- 14 3^e
- 15 3^e Technologique
- 16 2^{de} générale
- 17 2^{de} technologique
- 18 1^{re} générale
- 19 1^{re} technologique
- 20 Terminale enseignement général
- 21 Terminale enseignement technique
- 22 Terminale enseignement professionnel (en une seule année)
- 23 Terminale enseignement professionnel (1^{re} année)
- 24 Terminale enseignement professionnel (2^e année)
- 25 Bac+1 (1^{re} année de Deug, d'IUT, de BTS, prépa...)
- 26 Bac+2 (2^e année de Deug, d'IUT, de BTS, prépa...)
- 27 Bac+3 (licence, école supérieure...)
- 28 Bac+4 (maîtrise, école supérieure...)
- 29 Bac+5 et plus (DESS, DEA, doctorat, MBA...)
- 30 Autre (préciser)
- 31 (NSP)

Q17 Autre préciser

◆ Si autre question précédente

★ Enquêteur : noter en clair.

Perception de santé et environnement

Q18 Parmi ces différents risques et maladies, pouvez-vous me dire si vous les craignez, pour vous-même, pas du tout, peu, pas mal ou beaucoup ?

BS 92/93/95/97

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Peu
- 3 Pas mal
- 4 Beaucoup
- 5 (NSP)
- 1 Les accidents de sport et de loisirs
- 2 Les accidents à l'école, au lycée, à l'université, en dehors du sport (si à l'école, au lycée...)
- 3 Les accidents de la circulation
- 4 La tuberculose
- 5 Les maladies dues à l'alcool
- 6 Le cancer
- 7 Les maladies cardiaques
- 8 Le sida
- 9 Le suicide
- 10 Les accidents du travail (si travail)
- 11 Les maladies sexuellement transmissibles hors sida
- 12 Les accidents de la vie domestique à la maison ou autour
- 13 Les maladies respiratoires
- 14 La dépression
- 15 Les maladies dues au tabac

Débrief : Les personnes ont parfois tendance à répondre « un peu » au lieu de « peu ». Il y a parfois confusion avec le fait d'avoir ou non la maladie ou la pathologie citée et confusion aussi avec les craintes ressenties pour ses enfants ou petits enfants. Pour les plus jeunes, certains items ne les concernaient pas encore (dépression, chômage). Enfin, de façon anecdotique, il a été suggéré de remplacer « accidents de la circulation » par accidents de la route pour qu'il n'y ait pas de confusion avec les « accidents de la circulation sanguine »

Q19 Êtes-vous gêné par le bruit ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais
- 5 (NSP)



Q20 Dans quel(s) lieu(x) êtes-vous principalement gêné par le bruit ?

◆ *Si gêné par le bruit souvent/parfois/rarement*

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles. Ne pas relancer.

- 1 À domicile
- 2 Sur le lieu de travail (si travaille)
- 3 À l'école, au lycée, à l'université (si à l'école)
- 4 Dans la rue
- 5 Autres (préciser)
- 6 (NSP)

Q21 Autre(s) lieu(x) de bruit :

◆ *Si autre lieu*

★ Enquêteur : noter en clair. ne pas relancer.

◆ *Si gêné par le bruit souvent/parfois/rarement*

Q22 Quelle est la cause principale de ce bruit ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles. Ne pas relancer.

- 1 Les voisins
- 2 Des travaux
- 3 La circulation (voitures, motos, trains, avions, etc.)
- 4 Les animaux
- 5 Autres (préciser)
- 6 (NSP)

Débrief : ajouter dans la liste pré-codée : « frères et sœurs » et « machines »

Q23 Autre(s) cause(s) de bruit :

◆ *Si autre cause*

★ Enquêteur : noter en clair. Ne pas relancer.

Q24 Avez-vous l'impression de vivre dans un environnement...

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Très pollué
- 2 Plutôt pollué
- 3 Plutôt pas pollué
- 4 Pas du tout pollué
- 5 (NSP)

Débrief : la question est parfois apparue comme trop vague (de quelle environnement parle-t-on ?)

Q25 Quels produits considérez-vous comme étant une drogue ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 (Acides)
- 2 (Alcool)
- 3 (Amphétamines)

- 4 (Café)
- 5 (Cannabis)
- 6 (Champignons hallucinogènes)
- 7 (Cocaine)
- 8 (Colle)
- 9 (Crack)
- 10 (Dopants)
- 11 (Ecstasy)
- 12 (Ether)
- 13 (Haschisch)
- 14 (Héroïne)
- 15 (Joint)
- 16 (LSD)
- 17 (Marijuana)
- 18 (Les médicaments)
- 19 (Certains médicaments)
- 20 (Morphine)
- 21 (Opium)
- 22 (Shit)
- 23 (Solvants)
- 24 (Tabac)
- 25 (Tranquillisants)
- 26 (Autre : préciser)
- 27 (Pas d'autres produits)
- 28 Aucun produit
- 29 (NSP)
- 1 En premier
- 2 En second
- 3 En troisième
- 4 En quatrième

Débrief : la question a souvent été perçue comme liée à la notion de « dépendance », d'où des réponses comme « le café, le travail, le chocolat, la télé, etc. »

Q26 Autre(s) drogues :

◆ *Si autre drogue*

★ Enquêteur : noter en clair.

- 1 En premier
- 2 En second
- 3 En troisième
- 4 En quatrième

Q27 (suite) Quels produits considérez-vous comme étant une drogue ?

◆ *Si plus de quatre drogues citées*

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 (Acides)
- 2 (Alcool)
- 3 (Amphétamines)
- 4 (Café)
- 5 (Cannabis)
- 6 (Champignons hallucinogènes)
- 7 (Cocaine)
- 8 (Colle)
- 9 (Crack)
- 10 (Dopants)
- 11 (Ecstasy)
- 12 (Ether)

- 13 (Haschisch)
- 14 (Héroïne)
- 15 (Joint)
- 16 (LSD)
- 17 (Marijuana)
- 18 (Les médicaments)
- 19 (Certains médicaments)
- 20 (Morphine)
- 21 (Opium)
- 22 (Shit)
- 23 (Solvants)
- 24 (Tabac)
- 25 (Tranquillisants)
- 26 (Autre : préciser)
- 27 (Pas d'autres produits)
- 28 (NSP)

Q28 Autre(s) drogues :

- ◆ Si autres drogues
- ★ Enquêteur : noter en clair.

Q29 Selon vous, à partir de quand devient-il dangereux pour la santé de fumer du tabac ?

★ Enquêteur : il s'agit d'un « seuil à partir duquel » et non pas la situation la plus dangereuse. Énumérer. Une seule relance possible sur NSP. Cigares/pipes/chiques, coder autre et préciser.

- 1 C'est dangereux dès qu'on essaye
- 2 C'est dangereux à partir du moment où on en fume de temps en temps
- 3 C'est dangereux à partir du moment où on en fume tous les jours
- 4 Ce n'est jamais dangereux pour la santé
- 5 Autre : préciser
- 6 (Ne connaît pas le produit)
- 7 (Ne sait pas)
- 8 (Ne veut pas dire)

Débrief : la question est apparue plus difficile pour les non-fumeurs

Q30 À partir de quand ? (devient-il dangereux pour la santé de fumer du tabac)

- ◆ Si autre, question précédente
- ★ Enquêteur : noter en clair.

Q31 À partir de combien de cigarettes par jour pensez-vous que fumer soit dangereux pour la santé ?

- ★ Enquêteur : si NSP coder 99.

Q32/3 À partir de combien de verres d'alcool consommés par jour, pensez-vous qu'[une femme ; un

homme] qui boit quotidiennement met sa santé en danger ?

◆ Q32 posée à 50 % de l'échantillon, Q33 posée à l'autre moitié de l'échantillon

★ Enquêteur : si NSP coder 99 arrondir au nombre supérieur : 2 ou 3 verres : coder 3 verres ; une demi-bouteille de vin = 2,5 verres : coder 3 verres.

Q32	Q33
1 Qu'une femme	1 Qu'un homme
2 Qu'un homme	2 Qu'une femme

Débrief : les enquêteurs ont remarqué que lorsque la question portait d'abord sur les hommes, les réponses données pour les femmes étaient plus souvent inférieures à celles données pour les hommes et que lorsque les réponses concernant la consommation des hommes suivaient celle de la consommation des femmes, les réponses étaient plus souvent identiques (H puis F : H>F et quand F puis H : F=H).

Q34 Selon vous, à partir de quand devient-il dangereux pour la santé de fumer du haschisch ou du cannabis ?

★ Enquêteur : il s'agit d'un « seuil à partir duquel » et non pas la situation la plus dangereuse parmi les suivantes . Énumérer. une seule relance sur NSP.

- 1 C'est dangereux dès qu'on essaye
- 2 C'est dangereux à partir du moment où on en fume de temps en temps
- 3 C'est dangereux à partir du moment où on en fume tous les jours
- 4 Ce n'est jamais dangereux pour la santé
- 5 (Autre : préciser)
- 6 (Ne connaît pas le produit)
- 7 (Ne sait pas)
- 8 (Ne veut pas dire)

Q35 À partir de quand ? (devient-il dangereux pour la santé de fumer du haschisch ou du cannabis)

- ◆ Si autre à la question précédente
- ★ Enquêteur : noter en clair.

Q36 Avez-vous le sentiment d'être informé sur les grands thèmes de santé suivants ?

★ Enquêteur : énumérer. Si les plus jeunes ne comprennent pas : ne pas relancer et coder NSP.

- 1 Très bien informé
- 2 Plutôt bien informé



- 3 Plutôt mal informé
 - 4 Très mal informé
 - 5 (NSP)
 - 1 L'alcool
 - 2 Le tabac
 - 3 Le cannabis
 - 4 L'ecstasy
 - 5 La contraception
 - 6 Les maladies sexuellement transmissibles en dehors du sida
 - 7 Le sida
 - 8 La pollution de l'air
 - 9 La pollution de l'eau en général (eau de mer, du robinet etc.)
 - 10 L'alimentation
 - 11 Les vaccinations
 - 12 Le bon usage des médicaments
- Débrief : Certaines difficultés entre la notion « d'être informé » et celle de juger son niveau de connaissance. L'ecstasy est un terme inconnu d'une grande partie des interviewés.*

Q37 Parmi ces différents risques, pouvez-vous me dire si vous les craignez, pour vous-même, pas du tout, peu, pas mal ou beaucoup ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Peu
- 3 Pas mal
- 4 Beaucoup
- 5 (NSP)
- 1 Les risques liés à des mauvaises habitudes alimentaires
- 2 Les risques liés à la consommation d'aliments transformés ou pollués
- 3 Le chômage
- 4 La guerre
- 5 Le risque nucléaire
- 6 La pollution de l'eau en général (eau de mer, du robinet etc.)
- 7 La pollution de l'air
- 8 Les nouvelles épidémies
- 9 L'insécurité
- 10 Le risque lié aux vaccinations

Remarque : cette question s'inspire de celle employée dans le questionnaire de l'Institut de protection et de sûreté nucléaire (IPSN). L'objectif étant de pouvoir situer les craintes sanitaires parmi d'autres craintes plus générales (parfois elles-mêmes sanitaires) et de voir si certaines personnes craignent au final tout ou presque tout (et donc pas uniquement les risques sanitaires).

Q38 Êtes-vous très satisfait, plutôt satisfait, plutôt pas satisfait ou pas du tout satisfait par l'exercice de votre profession ?

- 1 Très satisfait
- 2 Plutôt satisfait
- 3 Plutôt pas satisfait
- 4 Pas du tout satisfait
- 5 (NSP)

Q39 Diriez-vous de votre emploi

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Très
 - 2 Plutôt
 - 3 Plutôt pas
 - 4 Pas du tout
 - 5 (NSP)
 - 1 Qu'il est fatiguant nerveusement ?
 - 2 Qu'il est fatiguant physiquement ?
- ★ Remarque : la question provient des enquêtes du Crédoc.

Qualité de vie

Nous allons maintenant aborder une série de propositions et de questions sur votre santé telle que vous la ressentez.

Q40 Pour chacune des formules que je vais vous proposer, dites-moi si vous pensez que c'est tout à fait votre cas, à peu près votre cas ou que cela n'est pas votre cas.

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Tout à fait votre cas
- 2 À peu près votre cas
- 3 Cela n'est pas votre cas / (cela n'est pas du tout votre cas)
- 4 (NSP)
- 1 Je me trouve bien comme je suis
- 2 Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre
- 3 Au fond, je suis bien portant (au niveau de la santé pas du poids)
- 4 Je me décourage trop facilement
- 5 J'ai du mal à me concentrer
- 6 Je suis content(e) de ma vie de famille
- 7 Je suis à l'aise avec les autres

Q41 Diriez-vous qu'aujourd'hui, au moment de l'interview...

BS 95/97

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Beaucoup
- 4 (NSP)
- 1 Vous auriez du mal à monter un étage (si les jeunes ne comprennent pas : Avez-vous une incapacité physique vous empêchant de monter un étage ?)
- 2 Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres

Débrief : Les enquêteurs ont suggéré d'ajouter « monter un étage par l'escalier » car certaines personnes avaient du mal à comprendre la question.

Q42 Diriez-vous qu'au cours des 8 derniers jours...

BS 95/97

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Beaucoup
- 4 (NSP)
- 1 Vous avez eu des problèmes de sommeil
- 2 Vous avez eu des douleurs quelque part
- 3 Vous avez eu l'impression d'être fatigué(e)
- 4 Vous avez été triste ou déprimé(e)

- 5 Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)
- 6 Vous vous êtes retrouvé(e) avec des gens de votre famille qui n'habitent pas chez vous ou avec des copains en dehors de l'école
- 7 Vous avez rencontré des parents ou des amis au cours de conversations ou de visites
- 8 Vous avez eu des activités soit de groupe soit de loisirs comme des réunions, des activités religieuses ou d'associations, aller au cinéma, faire du sport, participer à des soirées

Q43 Est-ce qu'au cours des 8 derniers jours, vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident) ?

BS 95/97

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Non
- 2 Oui, 1 à 4 jours
- 3 Oui, 5 à 7 jours
- 4 (NSP)

Q44 Lorsque vous vous posez des questions sur la santé (par exemple sur le tabac, l'alcool, les drogues illicites, la sexualité...), à qui en parlez-vous le plus souvent ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles.

- 1 (À mon père)
- 2 (À ma mère)
- 3 (À mon beau-père)
- 4 (À ma belle-mère)
- 5 (À un frère, demi-frère)
- 6 (À une sœur, demi-sœur)
- 7 (À mon compagnon, conjoint)
- 8 (À un de mes enfants)
- 9 (À un (des) ami (es) du même sexe)
- 10 (À un (des) ami (es) de sexe opposé)
- 11 (À un médecin)
- 12 (À un autre professionnel de santé)
- 13 (À mon patron, un collègue de travail)
- 14 (À un instituteur, professeur, conseiller d'éducation)
- 15 (À un organisme de renseignement téléphonique : n° de téléphone d'information, d'aide)
- 16 (À un centre d'écoute : lieu où l'on peut rencontrer, parler avec quelqu'un)
- 17 (À une assistante sociale)
- 18 (À un médecin scolaire ou infirmière scolaire)
- 19 (À quelqu'un d'autre (préciser))
- 20 (À aucune personne)
- 21 (NSP)



Débrief : la question formulée avec « votre santé » plutôt que « la santé » aurait peut-être été préférable

Q45 À quelqu'un d'autre, précisez :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q46 Que pensez-vous de l'école cette année ?

BS 97

◆ Si à l'école ou en apprentissage et moins de 18 ans

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Vous aimez beaucoup
- 2 Vous aimez un peu
- 3 Vous n'aimez pas beaucoup
- 4 Vous n'aimez pas du tout
- 5 (NSP)

Q47 Que pensez-vous de vos études cette année ?

◆ Si 18 ans et plus et école, lycée, études...

★ Enquêteur : énumérer. Si l'interviewé vient juste de commencer ses études et/ou ne sait pas répondre, ne pas insister : coder NSP. Si un étudiant n'a pas commencé son année universitaire au moment de l'interview, et ne sait pas répondre pour l'année à venir, lui demander pour l'année passée.

- 1 Vous aimez beaucoup ce que vous faites
- 2 Vous aimez un peu ce que vous faites
- 3 Vous n'aimez pas beaucoup ce que vous faites
- 4 Vous n'aimez pas du tout ce que vous faites
- 5 (NSP)

Q48 Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire depuis (octobre, novembre, décembre) 1998, vous est-il arrivé :

BS 97

◆ Si à l'école ou en apprentissage et moins de 20 ans

★ Enquêteur : si les plus jeunes ne comprennent pas « au cours des 12 derniers mois » proposer « depuis 1 an ».

- 1 Non
- 2 Oui, 1 fois
- 3 Oui, 2 fois
- 4 Oui, 3 fois ou plus
- 5 (NSP)
- 1 D'arriver en retard
- 2 De sécher les cours

Q49 Au cours de votre scolarité, combien de fois avez-vous redoublé ?

BS 97

◆ Si à l'école ou en apprentissage et si moins de 20 ans

★ Enquêteur : si NSP ou ne veut pas dire coder 99.

Q50 Concernant vos parents ou les adultes qui s'occupent de vous, diriez-vous qu'ils...

BS 97

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 3 Parfois
- 4 Jamais
- 5 (Non concerné)
- 6 (NSP)
- 1 Veulent savoir où vous êtes et ce que vous faites (12 à 25 ans)
- 2 Vous félicitent (12 à 25 ans)
- 3 Vous disent à quelle heure rentrer quand vous sortez (12 à 19 ans)
- 4 Oublient vite un règlement qu'ils ont établi (12 à 19 ans)
- 5 Écoutent vos idées et vos opinions (12 à 25 ans)

Q51 Est-ce facile pour vous de lui/leur parler de choses qui vous préoccupent vraiment ?

BS 97

◆ Pour les 12-19 ans

★ Enquêteur : énumérer. Si frère/sœur trop jeune coder NSP.

- 1 Très facile
- 2 Facile
- 3 Difficile
- 4 Très difficile
- 5 (Vous n'en avez pas ou ne voyez pas ces personnes)
- 6 (NSP)
- 1 À votre père (si père vivant)
- 2 À votre mère (si mère vivante)
- 3 Vous avez un frère ou plusieurs frères
- 4 Vous avez une sœur ou plusieurs sœurs
- 5 Si vous avez un petit-ami, un fiancé, un conjoint
- 6 Si vous avez des ami(e)s du même sexe
- 7 Si vous avez des ami(e)s du sexe opposé
- 8 Vous avez un patron ou un collègue de travail (si travaille)
- 9 Vous avez un instituteur ou professeur ou conseiller d'éducation
- 10 Si vous avez un psychiatre, psychologue, psychothérapeute

- 11 À un médecin scolaire ou une infirmière scolaire
 12 À un autre professionnel de la santé
 13 À une assistante sociale
Débrief : l'item « vous n'en avez pas ou ne voyez pas ces personnes » était assez fastidieux à dire pour les enquêteurs. La question a été jugée trop longue.

Q52 Imaginons que vous avez eu une grosse dispute avec un ou une ami(e) proche et que vous pensez qu'il ou elle ne vous comprend pas et n'écoute pas ce que vous dites. Pour chacune des affirmations suivantes, dites-moi s'il y a des chances que vous réagissiez de cette façon...

BS 97

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Certainement
- 2 Probablement
- 3 Probablement pas
- 4 Certainement pas
- 5 (NSP)
- 1 Vous en parlez à d'autres pour avoir un avis
- 2 Vous essayez de voir ce qui peut sortir de bon de la situation
- 3 Vous cherchez à comprendre qui est responsable et vous en tirez les conséquences
- 4 Vous essayez de résoudre le problème vous-même
- 5 Vous racontez ce que vous ressentez à un ami
- 6 Vous essayez de vous calmer, de vous détendre
- 7 Vous aimeriez que cela ne soit jamais arrivé
- 8 Vous cherchez du réconfort auprès de votre famille — ou d'un adulte

Activité sportive

Q53 Au cours des 7 derniers jours, avez-vous pratiqué un sport ?

BSNUT 96 (15 derniers jours)

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q54 Lequel ou lesquels ?

BSNUT 96

◆ Si pratique un sport

★ Enquêteur : ne rien suggérer. 5 sports possibles.

- 1 Athlétisme (hors jogging)
- 2 Aviron
- 3 Badminton
- 4 Basket
- 5 Canoe-kayak
- 6 Cyclisme
- 7 Danse
- 8 Équitation
- 9 Escalade
- 10 Football
- 11 Golf
- 12 Gymnastique
- 13 Hand-ball
- 14 Jogging
- 15 Judo
- 16 Karaté
- 17 Marche à pied (loisir). Randonnée
- 18 Musculation
- 19 Natation
- 20 Patins à glace
- 21 Pétanque (boules)
- 22 Planche à voile
- 23 Plongée
- 24 Qi Gong
- 25 Roller/Patins à roulettes
- 26 Rugby
- 27 Ski
- 28 Surf
- 29 Tai chi chuan
- 30 Tennis
- 31 Tennis de table (ping-pong)
- 32 Tir à l'arc
- 33 Volley-ball
- 34 VTT
- 35 Yoga
- 36 Autre 1 (préciser)
- 37 Autre 2 (préciser)
- 38 Autre 3 (préciser)
- 39 Autre 4 (préciser)
- 40 Autre 5 (préciser)
- 41 (NSP)
- 42 (les autres sports au-delà de 5 : à préciser)



Q55 Autre(s) sport(s) :

★ Enquêteur : noter en clair. 1 seul sport à la fois.

- 1 Autre sport 1
- 2 Autre sport 2
- 3 Autre sport 3
- 4 Autre sport 4
- 5 Autre sport 5

Q56 Les autre(s) sport(s) au-delà de 5 :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q57 Au cours des sept derniers jours, combien d'heures de [sport(s) déclaré(s)] avez-vous pratiquées en club ?

BS 97

★ Enquêteur : coder heures et/ou minutes puis saisir le nombre d'heures et/ou de minutes.

- 1 Heures
- 2 Minutes
- 3 (Aucune)
- 4 (NSP)

Q58 Au cours des sept derniers jours, combien d'heures de [sport(s) déclaré(s)] avez-vous pratiquées à l'école, au lycée, à l'université ?

BS 97

★ Enquêteur : coder heures et/ou minutes puis saisir le nombre d'heures et/ou de minutes.

- 1 Heures
- 2 Minutes
- 3 (Aucune)
- 4 (NSP)

Q59 Au cours des sept derniers jours, combien d'heures de [sport(s) déclaré(s)] avez-vous pratiquées sur votre lieu de travail ou dans le cadre de votre emploi ?

★ Enquêteur : coder heures et/ou minutes puis saisir le nombre d'heures et/ou de minutes.

- 1 Heures
- 2 Minutes
- 3 (Aucune)
- 4 (NSP)

Q60 Au cours des sept derniers jours, combien d'heures de [sport(s) déclaré(s)] avez-vous pratiquées seul ou avec des amis ? (en dehors
d'un club, de l'école/université et du travail)

BS 97

★ Enquêteur : coder heures et/ou minutes puis saisir le nombre d'heures et/ou de minutes.

- 1 Heures
- 2 Minutes
- 3 (Aucune)
- 4 (NSP)

Q61 Parmi les propositions suivantes, pouvez-vous me donner en général la (ou les) raison(s) principale(s) qui vous motive(nt) le plus à pratiquer un sport ?

BS 97

★ Enquêteur : énumérer. Trois réponses possibles.

- 1 Pour le plaisir
- 2 Pour la santé
- 3 Pour maigrir
- 4 Pour vous muscler
- 5 Pour rencontrer des amis
- 6 Pour gagner (par esprit de compétition)
- 7 Parce que vous y êtes obligé (parents, école, famille, médecin)
- 8 Autre(s) raison(s) (préciser)
- 9 (NSP)

Q62 Autre(s) raison(s) :

★ Enquêteur : noter en clair.

Vaccination

Q63 Êtes-vous très favorable, plutôt favorable, plutôt pas favorable ou pas du tout favorable aux vaccinations en général ?

BS 97

◆ Si 15 ans et plus

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Très favorable
- 2 Plutôt favorable
- 3 Plutôt pas favorable
- 4 Pas du tout favorable
- 5 (NSP)

Débrief : certains interviewés se déclaraient favorables à certaines vaccinations et défavorables à d'autres ; il leur était donc difficile de répondre de façon globale.

Q64 Êtes-vous défavorable à certaines vaccinations en particulier ? Lesquelles ?

◆ Si défavorable à la vaccination en général

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles.

- 1 BCG
- 2 Choléra
- 3 DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)
- 4 Fièvre jaune
- 5 Grippe
- 6 Hépatite A
- 7 Hépatite B
- 8 Leptospirose
- 9 Méningite (*Hæmophilus influenzae B*)
- 10 Méningococcie
- 11 Oreillons
- 12 Pentacoq (Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Polio-*Hæmophilus influenzae B*)
- 13 Rage
- 14 ROR (Rougeole-Oreillons-Rubéole)
- 15 Rougeole
- 16 Rubéole
- 17 Tétanos
- 18 TP (Tétanos-Poliomyélite)
- 19 Typhoïde (Typhim/TAB)
- 20 Autres vaccinations (précisez)
- 21 (À toutes, aux vaccinations en général)
- 22 (NSP)

Débrief : ajouter dans la liste précédée : « aucune en particulier ».

Q65 Autres vaccinations (préciser)

★ Enquêteur : noter en clair.

Q66 En quelle année a eu lieu votre dernière vaccination ?

BS 97

◆ Toute la population

★ Enquêteur : noter la date : les deux derniers chiffres de l'année. Si n'a jamais été vacciné(e) coder 00. Si NSP coder 01. Pas de relance sur NSP. L'interviewé(e) ne doit pas aller chercher son carnet de santé ou demander à ses parents, son épouse...

Q67 Était-ce au cours des [5 ; 10] dernières années ?

◆ Si NSP en Q66

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)
- 1 Était-ce au cours des 5 dernières années ?
- 2 Était-ce au cours des 10 dernières années ?

Q68 Quelle était cette dernière vaccination ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles. Il est possible d'être vacciné pour deux vaccins différents le même jour : par exemple DTP et typhoïde.

- 1 BCG
- 2 Choléra
- 3 DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)
- 4 Fièvre jaune
- 5 Grippe
- 6 Hépatite A
- 7 Hépatite B
- 8 Leptospirose
- 9 Méningite (*Hæmophilus influenzae B*)
- 10 Méningococcie
- 11 Oreillons
- 12 Pentacoq (Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Polio-*Hæmophilus influenzae B*)
- 13 Rage
- 14 ROR (Rougeole-oreillons-Rubéole)
- 15 Rougeole
- 16 Rubéole
- 17 Tétanos
- 18 TP (Tétanos-Poliomyélite)
- 19 Typhoïde (Typhim/TAB)
- 20 Autre 1 (précisez)
- 21 Autre 2 (précisez)
- 22 Autre 3 (précisez)
- 23 Autre 4 (précisez)
- 24 (NSP)

Q69 Autre vaccination :

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 Autre 1
- 2 Autre 2
- 3 Autre 3
- 4 Autre 4



Q70 Qui a décidé de faire la/le [vaccination déclarée]

BS 97

◆ Si vacciné

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Une seule réponse possible.

- 1 Votre médecin de famille
- 2 Le médecin scolaire/universitaire ou l'infirmière de santé scolaire/universitaire
- 3 La médecine du travail
- 4 Vous-même
- 5 Votre père/votre beau-père
- 6 Votre mère/votre belle-mère
- 7 Vos deux parents
- 8 Le médecin de l'armée
- 9 Autres (précisez) :
- 10 (NSP)

Q71 Qui d'autre a décidé de faire le/la [vaccination déclarée]

◆ Si autre personne

★ Enquêteur : noter en clair. Ne rien suggérer. Une seule réponse possible.

Q72 Avez-vous déjà fait vacciner votre enfant de [âges des enfants] ans contre la rougeole, les oreillons, la rubéole par la vaccination triple ROR ?

BS 92/93/95

◆ Si a un enfant de moins de 16 ans

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)
- 1 Votre enfant de xx ans
- 2 Votre enfant de xx ans
- 3 Votre enfant de xx ans
- 4 Votre enfant de xx ans
- 5 Votre enfant de xx ans
- 6 Votre enfant de xx ans
- 7 Votre enfant de xx ans
- 8 Votre enfant de xx ans
- 9 Votre enfant de xx ans
- 10 Votre enfant de xx ans
- 11 Votre enfant de xx ans

Q73 En avez-vous l'intention ?

BS 92/93/95

◆ Si non à la question précédente

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)
- 1 Votre enfant de xx ans
- 2 Votre enfant de xx ans
- 3 Votre enfant de xx ans
- 4 Votre enfant de xx ans
- 5 Votre enfant de xx ans

- 6 Votre enfant de xx ans
- 7 Votre enfant de xx ans
- 8 Votre enfant de xx ans
- 9 Votre enfant de xx ans
- 10 Votre enfant de xx ans
- 11 Votre enfant de xx ans

Q74 Avez-vous entendu parler qu'il est désormais recommandé de faire vacciner une seconde fois son enfant contre le ROR s'il est âgé entre 3 et 6 ans ?

◆ Si a un enfant de moins de 7 ans

★ Enquêteur : ROR = Rougeole-Oreillons-Rubéole.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Débrief : Peu de personnes avaient entendu parler de cette recommandation. La question a été informative et donc la réponse sur l'intention de faire vacciner son enfant ne découle pas forcément d'une réflexion qui aurait eu lieu préalablement à l'enquête. Le verbe « dire » est plus approprié que « parler ».

Q75 Avez-vous fait ou avez-vous l'intention de faire la deuxième dose ROR pour...

◆ Si oui à la question précédente et a un enfant de 3 à 6 ans

- 1 oui, a déjà eu la deuxième dose
- 2 oui, intention de faire la deuxième dose
- 3 non
- 4 (NSP)
- 1 Votre enfant de xx ans
- 2 Votre enfant de xx ans
- 3 Votre enfant de xx ans
- 4 Votre enfant de xx ans
- 5 Votre enfant de xx ans
- 6 Votre enfant de xx ans
- 7 Votre enfant de xx ans
- 8 Votre enfant de xx ans
- 9 Votre enfant de xx ans
- 10 Votre enfant de xx ans
- 11 Votre enfant de xx ans

Q76 Si l'un de vos enfants n'a pas eu le vaccin ROR, quelle est la raison qui correspond le plus à votre situation ? Était-ce...

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse possible.

- 1 Le médecin vous l'a proposé mais vous avez refusé
- 2 Le médecin vous l'a proposé mais vous avez oublié de la faire

- 3 Le médecin a contre-indiqué le vaccin ROR pour cet enfant
- 4 Le médecin a dit que la vaccination ROR n'était pas utile pour cet enfant
- 5 Le médecin ne vous l'a pas proposé
- 6 Ou était-ce parce que l'enfant était partiellement vacciné
- 7 Vous n'avez pas vu de médecin pour cette question
- 8 Autre (préciser)
- 9 (NSP)

Q77 Autre raison, précisez :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q78 Vous avez refusé le vaccin ROR pour cet enfant, quelle est la raison principale ?

◆ Si proposition par le médecin mais refus de la personne

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse possible.

- 1 Vous êtes opposé aux vaccinations
- 2 Vous craignez des complications suite au vaccin
- 3 Ce vaccin n'est pas utile
- 4 Il y a trop de vaccins à faire
- 5 Ces trois maladies (rougeole, oreillons, rubéole) sont bénignes
- 6 Ces trois maladies n'existent pratiquement plus
- 7 Ces maladies sont utiles car elles favorisent l'immunité naturelle de l'enfant
- 8 autre (préciser)
- 9 (NSP)

Q79 Autre raison, précisez :

★ Enquêteur : noter en clair.

Poids et conduites alimentaires

Q80 Quel est votre poids ?

BS 97

★ Enquêteur : noter en clair en kilogrammes. Si NSP coder 999. Si femme enceinte : noter son poids avant qu'elle ne soit enceinte.

Q81 Quelle est votre taille ?

BS 97

★ Enquêteur : noter la taille en centimètres. Si NSP coder 999. Exemple : 1 m 50 = 150 centimètres.

Q82 Vous trouvez-vous :

BS 97

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Beaucoup trop maigre
- 2 Un peu trop maigre
- 3 À peu près du bon poids
- 4 Un peu trop gros(se)
- 5 Beaucoup trop gros(se)
- 6 (NSP)

Q83 Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'il vous est arrivé... ?

BS 97

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Assez souvent
- 4 Très souvent
- 5 (NSP)
- 1 De manger énormément avec de la peine à vous arrêter
- 2 De vous faire vomir volontairement
- 3 De redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir vous arrêter
- 4 De manger en cachette

Débrief : attention pour l'item « manger en cachette », certaines personnes ne sont pas concernées car elles vivent seules.

Remarque : ces questions ne permettent de qualifier certaines conduites de troubles du comportement alimentaire mais de conduites s'en rapprochant.

Q84 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait un régime pour maigrir ?

BS 97

★ Enquêteur : il ne s'agit pas forcément d'un régime sur prescription médicale.

- 1 Oui



- 2 Non
- 3 (NSP)

Q85 Au cours des 7 derniers jours, combien de fois avez-vous sauté...

BS 97

★ Enquêteur : noter en clair. Si NSP coder 8.

- 1 Votre petit déjeuner
- 2 Votre repas de midi
- 3 Votre repas du soir

Débrief : attention certaines personnes ont des horaires de travail décalés et pour certains ne prendre qu'un café le matin signifie « sauter » le petit déjeuner (la consigne étant de considérer que l'absorption d'un café ou d'un thé suffisait pour considérer avoir pris quelque chose au petit déjeuner).

Tabac

Nous allons maintenant vous parler du tabac.

Q86 Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ?

BS 92/93/95/97

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q87 Fumez-vous...

◆ Si fumeur

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)
- 1 Des cigarettes
- 2 du tabac à rouler
- 3 des cigares
- 4 la pipe

Remarque : le découpage par produit permet notamment de mesurer la consommation de tabac à rouler (en rapport avec la hausse du prix des cigarettes).

Q88 Au cours de votre vie, avez-vous déjà essayé de fumer ?

BS 95

◆ Si non-fumeur

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q89 Avez-vous fumé...

BS 92/93/95/97

◆ Si oui question précédente

★ Enquêteur : énumérer. Occasionnellement = quelle que soit la durée.

- 1 Juste une fois pour essayer
- 2 Occasionnellement (ou quotidiennement mais pendant moins de 6 mois)
- 3 Quotidiennement pendant au moins 6 mois
- 4 (Ne se souvient pas)

Débrief : Certains fumeurs occasionnels avaient du mal à se positionner entre l'item 2 et l'item 3.

Q90 Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne ?

BS 92/93/95/97

◆ Si fume des cigarettes ou tabac à rouler

★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de cigarettes y compris

les cigarettes roulées. Ne pas compter les cigares. Ne pas compter les pipes.

- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
- 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
- 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
- 4 Par an (préciser le nombre de fois)
- 5 (NSP)

Q91 Combien de cigares fumez-vous en moyenne ?

◆ *Si fume des cigares*

★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de cigares.

- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
- 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
- 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
- 4 Par an (préciser le nombre de fois)
- 5 (NSP)

Q92 Combien de pipes fumez-vous en moyenne ?

◆ *Si fume la pipe*

★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence puis saisir le nombre de pipes.

- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
- 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
- 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
- 4 Par an (préciser le nombre de fois)
- 5 (NSP)

Q93 Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

◆ *Si répond fumer plus d'une cigarette par jour ou plus de 20 cigarettes par semaine*

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Dans les 5 premières minutes
- 2 Entre 6 et 30 minutes
- 3 Entre 31 et 60 minutes
- 4 Après 60 minutes
- 5 (NSP)

Remarque : la combinaison de cette question avec le nombre de cigarettes consommées par jour permet de calculer un score de dépendance (Fagerström) : [0-1] pas (de) ou faible dépendance, [2-3] dépendance moyenne et [4-6] dépendance forte.

Q94 Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?

BS 93/95

◆ *Si n'est pas fumeur mais déclare avoir fumé au cours de sa vie*

★ Enquêteur : coder jours et/ou mois et/ou années puis saisir le nombre de jours et/ou de mois et/ou d'années.

- 1 Jours

- 2 Mois
- 3 Années
- 4 (NSP)

Q95 Avez-vous envie d'arrêter de fumer ?

BS 97

◆ *Si fumeur*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q96 Avez-vous le projet d'arrêter...

◆ *Si oui question précédente*

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Dans le mois à venir
- 2 Dans les 6 prochains mois
- 3 Dans les 12 prochains mois
- 4 Dans un avenir non déterminé
- 5 (NSP)

Q97 Envisagez-vous d'arrêter de fumer seul ou avec l'aide d'un médecin ?

◆ *Si envie d'arrêter*

- 1 Seul
- 2 Avec l'aide d'un médecin
- 3 (Avec l'aide de quelqu'un d'autre)
- 4 (NSP)

Q98 Comment envisagez-vous d'arrêter de fumer ?

◆ *Si envie d'arrêter*

★ Enquêteur : énumérer. Plusieurs réponses possibles.

- 1 Arrêt volontaire radical
- 2 Arrêt volontaire par réduction progressive de la consommation
- 3 Psychothérapie ou soutien psychologique
- 4 Acupuncture
- 5 Auriculothérapie
- 6 Gomme à mâcher
- 7 Patch antitabac
- 8 Autres traitements (préciser)
- 9 Autres (préciser)
- 10 (NSP)

Q99 Autre(s) traitements pour arrêter de fumer :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q100 Autre(s) choses pour arrêter de fumer :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q101 Avez-vous déjà arrêté de fumer au moins une semaine ?

◆ *Si fumeur (cigarettes, tabac à rouler, cigares, pipes) ou ancien fumeur dans la vie*



- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q102 Combien de fois en tout ? (tentative d'au moins une semaine)

- ◆ Si oui question précédente
- ★ Enquêteur : essayer d'obtenir un nombre approximatif. Si NSP coder 99.

Q103 Combien de temps a duré la tentative la plus longue ?

- ◆ Si fumeur et tentative d'arrêt ou ancien fumeur ayant essayé au moins 2 fois d'arrêter
- ★ Enquêteur : coder jours et/ou mois et/ou années puis saisir le nombre de jours et/ou de mois et/ou d'années. On ne compte pas la tentative qui aurait lieu au moment de l'interview.

- 1 Jours
- 2 Mois
- 3 Années
- 4 (NSP)

Q104 À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ?

BS 93/95/97

- ◆ Si fumeur ou déjà essayé
- ★ Enquêteur : si NSP coder 99.

Q105 Était-ce plutôt...

- ◆ Si NSP en Q104
- ★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Avant 15 ans
- 2 Entre 15 et 20 ans
- 3 Entre 21 et 30 ans
- 4 Après 30 ans
- 5 (NSP)

Q106 À quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ?

BS 93/95/97

- ◆ Si fumeur « régulier » ou ancien fumeur régulier pendant au moins 6 mois
- ★ Enquêteur : si ne sait pas coder 99. Si jamais coder 98.

Q107 Était-ce plutôt...

- ◆ Si NSP en Q106
- ★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Avant 15 ans
- 2 Entre 15 et 20 ans
- 3 Entre 21 et 30 ans
- 4 Après 30 ans
- 5 (NSP)

Q108 Quelles sont les principales raisons qui vous ont poussé à arrêter de fumer ?

- ◆ Si ancien fumeur ou fumeur ayant arrêté au moins une semaine

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles.

- 1 (Naissance d'un enfant/une grossesse)
- 2 (Peur de tomber malade)
- 3 (Campagnes de lutte contre le tabagisme)
- 4 (Famille)
- 5 (Entourage autre que familial (amis, collègues))
- 6 (Interdiction de fumer dans certains endroits)
- 7 (Prix des cigarettes)
- 8 (Événement de votre vie particulier (décès, séparation))
- 9 (Avoir déjà une maladie ou problème de santé lié au tabac)
- 10 (Avoir déjà une maladie ou problème de santé non lié au tabac)
- 11 (Proche ou ami atteint d'une maladie due au tabac)
- 12 (Se défaire de la dépendance)
- 13 (Avoir une bonne condition physique)
- 14 (Prise de conscience des conséquences du tabac sur la santé)
- 15 (Éviter de gêner un proche ou son conjoint)
- 16 (Lassitude)
- 17 (Saturation générale à l'égard du tabac (image sociale, enfant))
- 18 (Odeur du tabac)
- 19 (Autres (préciser))
- 20 (Aucune raison particulière)
- 21 (NSP)

Débrief : les items précodés nécessitent parfois de l'interprétation de la part des enquêteurs.

Q109 Autre(s) raison(s) :

- ★ Enquêteur : noter en clair.

Q110 Vous arrive-t-il de fumer dans les zones non-fumeurs, je dis bien les zones non-fumeurs

BS 93/95/97

- ◆ Si fumeur
- ★ Enquêteur : énumérer. Répéter « les zones non-fumeurs » 1 fois sur 2.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Non concerné)
- 4 (NSP)
- 1 Sur votre lieu de travail ?
- 2 À l'école, au lycée, à l'université ?
- 3 Dans les transports ?
- 4 Dans les restaurants ?

- 5 Dans les bars, les cafés ?
- 6 Dans les lieux publics couverts en général (gare, aéroport, la Poste) ?

Q111 Est-ce que la fumée des autres vous gêne ?

BS 93/95

◆ À tout le monde

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui, beaucoup
- 2 Oui, un peu
- 3 Non, pas du tout
- 4 (NSP)

Q112 Estimez-vous que les zones non-fumeurs sont bien respectées

BS 93/95

★ Enquêteur : énumérer. Répéter « zones non-fumeurs » 1 fois sur 2.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (Non concerné)
- 4 (NSP)
- 1 Sur votre lieu de travail ? (si travaille)
- 2 À l'école, au lycée, à l'université ? (si école ou université)
- 3 Dans les transports ?
- 4 Dans les restaurants ?
- 5 Dans les bars, les cafés ?
- 6 Dans les lieux publics couverts en général (gare, aéroport, la Poste) ?

Alcool

Passons à un autre sujet.

Q113 Avez-vous déjà bu au moins une fois des boissons alcoolisées, c'est-à-dire de la bière, du vin ou un autre alcool ?

BS 92/93/95/97

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q114 Et avez-vous déjà bu une boisson peu alcoolisée comme du cidre ou du panaché ?

◆ Si non ou NSP à la question précédente

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Remarque : cette seconde question a été posée pour s'assurer que la première question filtre était suffisante pour sélectionner les consommateurs d'alcool au cours de la vie.

Q115 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bu ?

BS 97

◆ Pour ceux ayant déjà bu une boisson alcoolisée ou peu alcoolisée

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Tous les jours
- 2 Plusieurs fois par semaine
- 3 Une fois par semaine
- 4 Une fois par mois
- 5 Moins souvent
- 6 Jamais
- 7 (NSP)
- 1 Du vin (blanc, rosé, rouge)
- 2 De la bière
- 3 Des alcools forts (vodka, pastis, whisky coca, planteur, punch...)
- 4 D'autres alcools (cidre, champagne, porto...)

Débrief : Certains interviewés avaient du mal à se positionner entre 1 fois par semaine et 1 fois par mois.

Q116 Au cours des 7 derniers jours, avez-vous bu ?

BS 95

◆ Pour ceux qui boivent l'alcool considéré (de tous les jours à moins souvent)

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Tous les jours
- 2 3 à 6 jours



- 3 1 à 2 jours
- 4 Non
- 5 (NSP)
- 1 Du vin (blanc, rosé, rouge)
- 2 De la bière
- 3 Des alcools forts (vodka, pastis, whisky coca, planteur, punch...)
- 4 D'autres boissons alcoolisées (cidre, champagne, porto...)

Q117 En avez-vous bu le week-end, c'est-à-dire vendredi soir, samedi ou dimanche ?

◆ Pour ceux ayant bu l'alcool considéré (de 1 à 6 jours dans la semaine)

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)
- 1 Du vin (blanc, rosé, rouge)
- 2 De la bière
- 3 Des alcools forts (vodka, pastis, whisky coca, planteur, punch...)
- 4 D'autres boissons alcoolisées (cidre, champagne, porto...)

Q118 Hier, combien de verres de [type de boisson] avez-vous bus ?

BS 95/97

◆ Pour ceux ayant bu l'alcool considéré dans la semaine

★ Enquêteur : noter en clair. Si NSP coder 99.

- 1 De vin (blanc, rosé, rouge)
- 2 De bière
- 3 D'alcools forts (vodka, pastis, whisky coca, planteur, punch...)
- 4 D'autres boissons alcoolisées (cidre, champagne, porto...)

Q119 Combien de verres d'alcool avez-vous bus samedi dernier ?

◆ Pour ceux ayant bu dans la semaine tous les jours ou ayant bu dans le week-end.

★ Enquêteur : noter en clair. Si NSP coder 99.

Q120 Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été ivre ?

BS 92/95/97

◆ Tous enquêtés ayant bu au moins 1 fois des boissons alcoolisées ou peu alcoolisées

★ Enquêteur : si NSP coder 999, si tous les jours coder 365.

Q121 Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

BS 93/95/97

◆ Tous enquêtés ayant bu au moins 1 fois des boissons alcoolisées ou peu alcoolisées

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Remarque : cette question et les 3 suivantes constituent le test clinique Deta sur le risque de dépendance vis-à-vis de l'alcool.

Q122 Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

BS 93/95/97

◆ Tous enquêtés ayant bu au moins 1 fois des boissons alcoolisées ou peu alcoolisées

★ Enquêteur : il s'agit d'une consommation élevée.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q123 Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

BS 93/95/97

◆ Tous enquêtés ayant bu au moins 1 fois des boissons alcoolisées ou peu alcoolisées

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q124 Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

BS 93/95/97

◆ Tous enquêtés ayant bu au moins 1 fois des boissons alcoolisées ou peu alcoolisées

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Suicide

Je vais maintenant vous poser des questions plus personnelles. Mais je vous rappelle que ce questionnaire demeure strictement anonyme et que vos réponses sont très utiles aux chercheurs.

Q125 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé au suicide ?

BS 97

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q126 En avez-vous parlé à quelqu'un ?

BS 97

◆ *Si a pensé au suicide*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q127 À qui en avez-vous parlé ?

◆ *Si oui question précédente*

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles.

- 1 (À un organisme d'écoute téléphonique)
- 2 (À une association d'aide)
- 3 (À mon père)
- 4 (À ma mère)
- 5 (À mon beau-père)
- 6 (À ma belle-mère)
- 7 (À un frère, demi-frère)
- 8 (À une sœur, demi-sœur)
- 9 (À mon compagnon/conjoint)
- 10 (À un de mes enfants)
- 11 (À un (des) ami (es) du même sexe)
- 12 (À un (des) ami (es) de sexe opposé)
- 13 (À mon patron, un collègue de travail)
- 14 (À un instituteur, professeur, conseiller d'éducation)
- 15 (À mon médecin)
- 16 (À un psychiatre, psychologue, psychothérapeute)
- 17 (À un autre professionnel de santé)
- 18 (À quelqu'un d'autre (préciser))
- 19 (NSP, ne veut pas dire)

Q128 À quelqu'un d'autre, précisez :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q129 Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?

BS 97

◆ *À tout le monde*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q130 Combien de fois cela vous est-il arrivé ?

BS 97

◆ *Si a fait une tentative de suicide*

★ Enquêteur : noter en clair. Si NSP coder 99.

Si cela n'est pas trop difficile pour vous, nous allons parler de la dernière fois que vous avez fait une tentative de suicide.

Q131 C'était quand ? (le mois et l'année)

BS 97

◆ *Si a fait une tentative de suicide*

★ Enquêteur : noter le mois et les deux derniers chiffres de l'année. Si NSP coder 00. Si ne veut pas en parler coder 98 pour le mois.

- 1 Mois :
- 2 Année :

Q132 Pouvez-vous me dire :

BS 97

◆ *Si a fait une tentative de suicide*

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)
- 1 Êtes-vous allé à l'hôpital ?
- 2 Avez-vous été suivi par un médecin ou un « psy » après votre tentative de suicide ?
- 3 En avez-vous parlé à une autre personne qu'un médecin ou un « psy » ?



Violence

Q133 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été frappé(e) ou blessé(e) physiquement par quelqu'un ou par un groupe de personnes ?

BS 97

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Non
- 2 Oui, 1 fois
- 3 Oui, 2 fois
- 4 Oui, 3 fois et plus
- 5 (NSP)

Débrief : attention la violence agie ou subie peut être liée à la profession de la personne. Les plus jeunes ont parfois inclus la bagarre entre copains et entre frères et sœurs.

Q134 La dernière fois, était-ce par...

BS 97

◆ Si a été frappé

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Une seule personne
- 2 Un groupe de personnes
- 3 (NSP)

Q135 La dernière fois, avec quoi avez-vous été frappé(e) ou blessé(e) ?

◆ Si a été frappé

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles.

- 1 Avec les mains
- 2 Avec les pieds
- 3 Avec la tête
- 4 Avec une arme à feu
- 5 Avec une arme blanche
- 6 Avec un objet
- 7 Avec un animal (par ex : un pitbull)
- 8 Autre (préciser)
- 9 (NSP)

Q136 De quelle autre manière ?

★ Enquêteur : noter en clair.

Q137 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous frappé ou blessé physiquement quelqu'un, seul(e) ou en groupe ?

BS 97

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Non
- 2 Oui, 1 fois
- 3 Oui, 2 fois
- 4 Oui, 3 fois et plus

5 (NSP)

Débrief : difficulté pour certains parents (faut-il répondre « oui » si l'on a donné une fessée à ses enfants ?)

Q138 Au cours de votre vie, avez-vous subi des rapports sexuels forcés ?

◆ Si 15 ans et plus

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q139 Combien de fois cela vous est-il arrivé ?

◆ Si a subi un rapport sexuel forcé

★ Enquêteur : si NSP coder 99. Si 98 fois ou plus coder 98.

Q140 Quel âge aviez-vous la première fois/lorsque cela s'est passé ?

◆ Si a subi un rapport sexuel forcé

★ Enquêteur : si NSP coder 99.

Q141 (La dernière fois) étaient-ce des attouchements, une tentative de rapport forcé ou un rapport forcé ?

◆ Si a subi un rapport sexuel forcé

- 1 Des attouchements
- 2 Une tentative de rapport forcé
- 3 Un rapport forcé
- 4 (NSP)

Sexualité, contraception, MST

Je vais continuer à vous poser des questions intimes. Vos réponses seront recueillies dans la plus stricte confidentialité.

Q142 Avez-vous actuellement un petit ami ou une petite amie ?

BS 97

◆ Si (12 à 18 ans) ou célibataire, veuf, divorcé ou séparé

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q143 Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu des rapports sexuels ?

BS 97

◆ Si 15 ans et plus. Pour tous les enquêtés n'ayant pas d'enfants.

★ Enquêteur : il s'agit de rapports sexuels désirés.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q144 Y a-t-il eu pénétration ?

BS 97

◆ Pour les 19 ans et moins ayant déjà eu un rapport et n'ayant pas d'enfants

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q145 À quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ?

BS 97

◆ Si rapport sexuel avec pénétration

★ Enquêteur : il s'agit de rapports sexuels avec consentement. Si NSP coder 99.

Q146 Est-ce que vous avez utilisé un préservatif lors de ce premier rapport sexuel ?

BS 97

◆ Si rapport sexuel avec pénétration

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q147 Avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?

BS 93/95

◆ Si rapport sexuel avec pénétration

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q148 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous effectué un test de dépistage du sida ? Je dis bien au cours des 12 derniers mois

BS 95

◆ Si rapport sexuel

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q149 Avez-vous déjà effectué un test de dépistage de l'hépatite C ?

BS MED. 98

◆ Si rapport sexuel

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q150 Actuellement, est-ce que vous ou votre partenaire faites quelque chose pour éviter une grossesse quand vous avez des rapports sexuels ?

◆ Pour les hommes, les femmes de moins de 55 ans. Pour ceux ayant eu des rapports au cours des 12 derniers mois.

★ Enquêteur : il est très important de bien lire toutes les réponses. Si l'interviewé déclare ne pas avoir de partenaire actuellement : est-ce que vous ou votre dernier partenaire faisiez quelque chose pour éviter une grossesse quand vous aviez des rapports sexuels ?

- 1 Oui
- 2 Ça dépend des fois
- 3 Non
- 4 (NSP)

Q151 Pouvez-vous me dire quelles sont les méthodes que vous utilisez actuellement ?

◆ Si fait quelque chose pour éviter d'être enceinte (oui ou ça dépend)

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles. Pas de relance sur NSP.

- 1 (Préservatif masculin)
- 2 (Préservatif féminin)
- 3 (Retrait (du partenaire) avant éjaculation)
- 4 (Éviter les rapports sexuels les jours les plus à risque)
- 5 (Méthode Ogino, méthode des températures)



- 6 (Autres méthodes naturelles : Billings, Glaire...)
- 7 (Pilule)
- 8 (Stérilet)
- 9 (Diaphragme)
- 10 (Crèmes spermicides, ovules, éponge)
- 11 (Pilule du lendemain)
- 12 (Ligature des trompes, stérilisation)
- 13 (Autres (préciser))
- 14 (NSP)

Q152 Autre(s) méthode(s) de contraception :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q153 Pour quelle raison ne faites-vous rien pour éviter une grossesse ?

◆ Si ne fait rien pour éviter une grossesse

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Vous êtes enceinte
- 2 Votre partenaire est enceinte
- 3 Vous et/ou votre partenaire souhaitez avoir un enfant
- 4 Vous ne pouvez plus avoir d'enfant
- 5 Votre partenaire ne peut plus avoir d'enfant (Par exemple : ménopausée)
- 6 Vous évitez les rapports sexuels les jours les plus à risque de grossesse
- 7 La contraception est quelque chose qui ne vous préoccupe pas vraiment
- 8 Vous avez des rapports sexuels uniquement avec des hommes
- 9 Vous avez des rapports sexuels uniquement avec des femmes
- 10 Autre (préciser)
- 11 (NSP)

Q154 Autre raison :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q155 Est-ce que vous avez/votre partenaire a déjà pris une pilule du lendemain, c'est-à-dire une pilule que l'on prend après un rapport sexuel en ayant peur de tomber enceinte ?

BS 97

◆ Si non rapports homosexuels

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Débrief : proposition de reformuler la question ainsi : « ..., c'est-à-dire la pilule qui se prend... »

Q156 La dernière fois, comment avez-vous eu cette pilule du lendemain ?

◆ Si a déjà pris une pilule du lendemain

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Votre médecin vous a fait une ordonnance
- 2 Un autre médecin vous a fait une ordonnance
- 3 Le pharmacien vous l'a vendue sans ordonnance
- 4 Une copine, une amie vous a donné une plaquette de pilule
- 5 Vous aviez déjà une plaquette de pilule
- 6 Autres (à noter sur papier)
- 7 (Ne sait plus)
- 8 (Ne veut pas dire)

Q157 La dernière fois, comment avez-vous eu cette pilule du lendemain ?

- 1 Planning familial
- 2 Autres

Q158 Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu une interruption volontaire de grossesse (IVG), que ce soit en prenant du RU ou en ayant une intervention médicale ?

◆ Pour les femmes ayant des enfants ou femmes ayant déjà eu des rapports sexuels

★ Enquêteur : nous parlons d'IVG, non de fausse-couche.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q159 Au cours des 10 dernières années, c'est-à-dire depuis 1990, avez-vous eu une maladie qui se transmet par voie sexuelle ?

BS 93 (5 dernières années)

◆ Si moins de 50 ans ayant des enfants ou ayant déjà eu des rapports sexuels

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q160 Pouvez-vous me dire laquelle ou lesquelles ?

BS 93

◆ Si a eu une maladie qui se transmet par voie sexuelle, au cours des 10 dernières années

★ Enquêteur : citer successivement.

Plusieurs réponses possibles.

- 1 Chlamydia (prononcer : clamidia)
- 2 Gonocoque ou chaude-pisse
- 3 Herpès génital
- 4 Condylome ou crêtes de coq (ou papillomavirus)
- 5 Mycose ou champignon ou candidose
- 6 Hépatite B

Questionnaire

- 7 Trichomonas
- 8 Syphilis
- 9 Mycoplasme
- 10 Virus du sida
- 11 Une autre maladie (préciser)
- 15 (Ne sait plus le nom)
- 16 (Ne veut pas dire)

Q161 Une autre maladie, précisez :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q162 Nous allons parler de la dernière fois où vous avez eu (la dernière MST). Quel âge aviez-vous ?

◆ Pour toutes les maladies sexuellement transmissibles autres que mycose, champignon ou candidose

★ Enquêteur : coder 99 si refuse de répondre.

Q163 De quelle maladie s'agissait-il ?

★ Enquêteur : une seule réponse.

- 1 Infection à Chlamydia (prononcer : clamidia)
- 2 Gonocoque ou chaude-pisse
- 3 Herpès au niveau du sexe
- 4 Condylome, crêtes de coq, végétation vénérienne
- 5 Mycose ou champignon
- 6 Hépatite B
- 7 Des trichomonas
- 8 Syphilis
- 9 Mycoplasme
- 10 Virus du sida
- 11 Une autre maladie
- 15 (Ne sait plus le nom)
- 16 (Ne veut pas dire)

Q164 Vous avez découvert que vous aviez cette maladie parce que :

BS 93

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Un de vos partenaires sexuels vous a dit qu'il l'avait
- 2 Vous aviez des symptômes ou des craintes qui vous ont amené à consulter un médecin
- 3 Cette maladie a été découverte alors que vous étiez allé consulter pour un autre motif
- 4 D'une autre manière (préciser)
- 5 (Ne sait plus)

Q165 Autre manière, précisez :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q166 Qui avez-vous consulté ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles.

- 1 (Un médecin généraliste)

- 2 (Un gynécologue dans un cabinet privé)
- 3 (Un autre spécialiste dans un cabinet privé)
- 4 (Un centre (ou dispensaire) spécialisé dans le traitement de ces maladies)
- 5 (Un centre de planning familial)
- 6 (Un médecin d'un hôpital)
- 7 (Un pharmacien)
- 8 (Autre (préciser))
- 9 (N'a consulté personne)
- 10 (Ne sait plus)

Q167 Autre, précisez :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q168 À l'époque de la découverte de cette maladie, aviez-vous un partenaire régulier ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q169 Lui avez-vous dit que vous aviez cette maladie ?

◆ Si avait un partenaire régulier n'a pas découvert cette maladie par un de ses partenaires

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q170 À l'époque de la découverte de cette maladie, aviez-vous un ou plusieurs partenaires occasionnels ?

BS 93

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui, plusieurs
- 2 Oui, un seul
- 3 Non
- 4 (NSP)

Q171 Avez-vous dit à certains d'entre eux que vous aviez cette maladie ?

BS 93

◆ Si avait plusieurs partenaires

- 1 À aucun
- 2 À certains mais pas à tous
- 3 À tous
- 4 (NSP)

Q172 Avez-vous dit à des partenaires sexuels plus anciens que vous aviez cette maladie ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)



Q173 Le médecin a-t-il parlé avec vous :

◆ *Si a consulté quelqu'un*

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 (NSP)
 - 1 Des risques pour votre santé causés par cette maladie
 - 2 De votre sexualité
 - 3 De la manière d'informer vos partenaires sexuels de cette maladie
-

Q174 Si un médecin vous avait proposé de prévenir certains de vos partenaires à votre place, auriez-vous accepté de lui indiquer leurs noms ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui, pour certains partenaires
 - 2 Oui, pour tous mes partenaires
 - 3 Non, en aucun cas
 - 4 (NSP)
-

Drogues illicites

Nous allons maintenant aborder un autre sujet.

Q175 Vous a-t-on déjà proposé du cannabis, du haschisch, de la marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit ?

BS 97

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 (NSP)
 - 4 (Ne veut pas dire)
-

Q176 Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

BS 97

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 (NSP)
 - 4 (Ne veut pas dire)
-

Q177 L'avez-vous fait au cours des 12 derniers mois (consommer du cannabis, du haschisch, de la marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit) ?

BS 97

◆ *Si a consommé au cours de la vie*

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 (NSP)
 - 4 (Ne veut pas dire)
-

Q178 Combien de fois au cours des 12 derniers mois (avez-vous consommé du cannabis, du haschisch, de la marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit) ?

BS 97

◆ *Si a consommé au cours des 12 derniers mois*

★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence, puis saisir le nombre de fois.

- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
 - 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
 - 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
 - 4 Par an (préciser le nombre de fois)
 - 5 (NSP)
-

Q179 Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé du cannabis

(haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

◆ Si a consommé au cours des 12 derniers mois

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q180 Combien de fois au cours des 30 derniers jours avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

◆ Si a consommé au cours des 30 derniers jours

Q181 Combien de fois au cours de votre vie avez-vous consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

BS 97

◆ Si n'a pas consommé au cours des 12 derniers mois

★ Enquêteur : essayer d'obtenir un nombre approximatif. Si NSP coder 999. Si plus de 900 coder 998.

Q182 Avez-vous déjà essayé de consommer du cannabis pour y goûter (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

◆ Si déclare ne pas avoir consommé de cannabis au cours de la vie

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q183 Quand en avez-vous pris pour la dernière fois (du cannabis, du haschisch, de la marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit) ?

◆ Si n'a pas consommé au cours des 12 derniers mois ou a déjà essayé de consommer du cannabis

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Moins de 2 ans
- 2 Entre 2 et 5 ans
- 3 Entre 6 et 10 ans
- 4 Plus de 10 ans
- 5 (Ne se souvient plus)

Q184 Pour quelle(s) raison(s) n'en avez-vous pas consommé au cours des 12 derniers mois ?

◆ Si n'a pas consommé au cours des 12 derniers mois

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 (Pas d'attrance, pas d'intérêt, pas besoin)
- 2 (Peur pour la santé)
- 3 (Risque de se faire prendre)
- 4 (Cela ne se fait pas dans mon milieu)
- 5 (Peur de la dépendance, des pertes de contrôle)
- 6 (Pression sociale, de la famille)
- 7 (Problème pour trouver du cannabis)
- 8 (Trop cher)
- 9 (Cela ne m'apporte plus de plaisir)
- 10 (Avoir du mal à s'endormir)
- 11 (Être fatigué)
- 12 (Avoir des angoisses)
- 13 (N'aime pas la fumée)
- 14 (N'aime pas les drogues en général)
- 15 (Parce que l'occasion ne s'est pas présentée sur cette période)
- 16 (Pas aimé la 1^{re} fois)
- 17 (Autre : préciser)
- 18 (NSP)

Q185 Autres raisons :

★ Enquêteur : noter en clair, bien relancer.

Q186 La dernière fois que vous avez pris du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) que recherchez-vous ?

◆ Si a consommé au cours des 12 derniers mois ou dans les 5 dernières années

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 (Plaisir)
- 2 (Ivresse)
- 3 (Détente, bien-être, tranquillité)
- 4 (Complicité avec d'autres personnes)
- 5 (Convivialité)
- 6 (Pour rigoler, s'amuser)
- 7 (Oubli des problèmes)
- 8 (Défonce, être déchiré)
- 9 (Soulager les douleurs)
- 10 (Soulager l'angoisse)
- 11 (Fonctionner mieux mentalement)
- 12 (Pour dormir)
- 13 (Pour le goût)
- 14 (Pour faire comme tout le monde, faire comme les autres)
- 15 (Pour essayer : pas de raison spéciale, c'était juste pour essayer)
- 16 (Autres : préciser)
- 17 (NSP)

Q187 Autres sensations :

★ Enquêteur : noter en clair, bien relancer.

Q188 À quel âge avez-vous pris, pour la première fois, du cannabis



(haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ?

◆ Si a déjà consommé (ou essayé) du cannabis

★ Enquêteur : si ne sait pas coder 99.

Q189 Était-ce plutôt...

◆ Si NSP en Q188

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Avant 15 ans
- 2 Entre 15 et 20 ans
- 3 Entre 21 et 30 ans
- 4 Après 30 ans
- 5 (NSP)

Q190 Vous a-t-on déjà proposé...

◆ À partir de 15 ans (jusqu'à Q215)

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)
- 1 Des amphétamines (speed, ordinator ou dinintel) ?
- 2 De la cocaïne ?

Q191 Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé...

BS 97

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)
- 1 Des amphétamines (speed, ordinator ou dinintel) ?
- 2 De la cocaïne ?

Q192 À quel âge avez-vous pris, pour la première fois,

BS 97

◆ Si a consommé la drogue considérée

★ Enquêteur : si NSP coder 99.

- 1 Des amphétamines (speed, ordinator ou dinintel) ?
- 2 De la cocaïne ?

Q193 Était-ce plutôt...

◆ Si NSP en Q192

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Avant 15 ans
- 2 Entre 15 et 20 ans
- 3 Entre 21 et 30 ans
- 4 Après 30 ans
- 5 (NSP)
- 1 Des amphétamines (speed, ordinator ou dinintel) ?
- 2 De la cocaïne ?

Q194 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous...

BS 97

◆ Si a consommé au cours de la vie

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)
- 1 Consommé des amphétamines (speed, ordinator ou dinintel) ?
- 2 Consommé de la cocaïne ?

Q195 Combien de fois au cours de votre vie avez-vous consommé...

BS 97

◆ Si n'a pas consommé au cours des 12 derniers mois

★ Enquêteur : essayer d'obtenir un nombre approximatif. Si NSP coder 999. Si plus de 900 coder 998.

- 1 Des amphétamines ? (speed, ordinator ou dinintel)
- 2 De la cocaïne ?

Q196 Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé...

BS 97

◆ Si a consommé au cours des 12 derniers mois

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)
- 1 Des amphétamines (speed, ordinator ou dinintel) ?
- 2 De la cocaïne ?

Q197 Combien de fois au cours des 30 derniers jours ?

◆ Si a consommé au cours des 30 derniers jours

★ Enquêteur : essayer d'obtenir un nombre approximatif. Si NSP coder 999.

- 1 Avez-vous consommé des amphétamines, speed, ordinator ou dinintel
- 2 Avez-vous consommé de la cocaïne

Q198 Combien de fois au cours des 12 derniers mois

◆ Si n'a pas consommé au cours des 30 derniers jours

★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence, puis saisir le nombre de fois.

- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
- 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
- 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
- 4 Par an (préciser le nombre de fois)
- 5 (NSP)
- 1 Avez-vous consommé des amphétamines (speed, ordinator ou dinintel) ?
- 2 Avez-vous consommé de la cocaïne ?

Q199 Combien de fois au cours des 12 derniers mois ?

BS 97

Q200 Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une des substances suivantes ?

BS 97

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)
- 1 Du LSD, un acide, un buvard, un trip ?
- 2 De l'héroïne ?
- 3 Du mop ?
- 4 De l'ecstasy ?
- 5 Des médicaments pour se droguer ?
- 6 Avez-vous sniffé ou respiré un produit comme de la colle, de l'air sec, un solvant ?

Débrief : proposition de reformuler l'item 6 ainsi : ..., un solvant pour se droguer

Q201 À quel âge avez-vous pris, pour la première fois,

BSJ 97

◆ Si a déjà consommé les substances considérées

★ Enquêteur : si ne sait pas coder 99.

- 1 Du LSD (acide, buvard, trip) ?
- 2 De l'héroïne ?
- 3 Du mop ?
- 4 De l'ecstasy ?
- 5 Des médicaments pour se droguer ?
- 6 Un produit à inhaler (colle, air sec, solvant) ?

Q202 Était-ce plutôt...

◆ Si NSP en Q201

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Avant 15 ans
- 2 Entre 15 et 20 ans
- 3 Entre 21 et 30 ans
- 4 Après 30 ans
- 5 (NSP)
- 1 Du LSD (acide, buvard, trip)
- 2 De l'héroïne
- 3 Du mop
- 4 De l'ecstasy
- 5 Des médicaments pour se droguer
- 6 Un produit à inhaler (colle, air sec, solvant)

Q203 Au cours des 12 derniers mois avez-vous...

BS 97

◆ Si a consommé au cours de la vie

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)
- 1 Consommé du LSD (acide, buvard, trip) ?

- 2 Consommé de l'héroïne ?
- 3 Consommé du mop ?
- 4 Consommé de l'ecstasy ?
- 5 Consommé des médicaments pour se droguer ?
- 6 Consommé un produit à inhaler (colle, air sec, solvant) ?

Q204 Combien de fois au cours de votre vie avez-vous consommé

BS 97

◆ Si n'a pas consommé au cours des 12 derniers mois

★ Enquêteur : essayer d'obtenir un nombre approximatif. Si NSP coder 999. Si plus de 900 coder 998.

- 1 Du LSD (acide, buvard, trip) ?
- 2 De l'héroïne ?
- 3 Du mop ?
- 4 De l'ecstasy ?
- 5 Des médicaments pour se droguer ?
- 6 Un produit à inhaler (colle, air sec, solvant) ?

Q205 Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consommé

◆ Si a consommé au cours des 12 derniers mois

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)
- 1 Du LSD (acide, buvard, trip) ?
- 2 De l'héroïne ?
- 3 Du mop ?
- 4 De l'ecstasy ?
- 5 Des médicaments pour se droguer ?
- 6 Un produit à inhaler (colle, air sec, solvant) ?

Q206 Combien de fois au cours des 30 derniers jours ?

◆ Si a consommé au cours des 30 derniers jours

★ Enquêteur : essayer d'obtenir un nombre approximatif. Si NSP coder 999.

- 1 Avez-vous consommé du LSD (acide, buvard, trip) ?
- 2 Avez-vous consommé de l'héroïne
- 3 Avez-vous consommé du mop
- 4 Avez-vous consommé de l'ecstasy
- 5 Avez-vous consommé des médicaments pour se droguer
- 6 Avez-vous consommé un produit à inhaler (colle, air sec, solvant)

Q207 Combien de fois au cours des 12 derniers mois

◆ Si n'a pas consommé au cours des 30 derniers jours



★ Enquêteur : coder d'abord la fréquence.

Puis saisir le nombre de fois.

- 1 Par jour (préciser le nombre de fois)
- 2 Par semaine (préciser le nombre de fois)
- 3 Par mois (préciser le nombre de fois)
- 4 Par an (préciser le nombre de fois)
- 5 (NSP)
- 1 Avez-vous consommé du LSD (acide, buvard, trip) ?
- 2 Avez-vous consommé de l'héroïne ?
- 3 Avez-vous consommé du mop ?
- 4 Avez-vous consommé de l'ecstasy ?
- 5 Avez-vous consommé des médicaments pour se droguer ?
- 6 Avez-vous consommé un produit à inhaler (colle, air sec, solvant) ?

Q208 Le plus souvent, était-ce par...

◆ Si a consommé de l'héroïne

- 1 Injection
- 2 D'autres moyens
- 3 (Ne veut pas dire)

Q209 De quels médicaments s'agissait-il ?

◆ Si a consommé des médicaments pour se droguer

★ Enquêteur : noter en clair.

Q210 Vous a-t-on déjà proposé une autre drogue ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q211 Laquelle ou lesquelles ?

◆ Si lui a été proposé une autre drogue

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 (Acides)
- 2 (Amphétamines)
- 3 (Cannabis)
- 4 (Champignons hallucinogènes)
- 5 (Cocaïne)
- 6 (Colle)
- 7 (Crack)
- 8 (Datura)
- 9 (Dopants)
- 10 (Ecstasy)
- 11 (Ether)
- 12 (GHB)
- 13 (Haschisch)
- 14 (Héroïne)
- 15 (Joint)
- 16 (Kétamine)
- 17 (LSD)
- 18 (Marijuana)
- 19 (MBDB)
- 20 (Micropointes)
- 21 (Morphine)

- 22 (Opium)
- 23 (PCP)
- 24 (Shit)
- 25 (Solvants)
- 26 (Tranquillisants)
- 27 (Autre : préciser)
- 28 (NSP)

Q212 Autre drogue, précisez :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q213 Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé une autre drogue ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q214 Laquelle ou lesquelles ?

◆ Si a consommé une autre drogue

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 (Beuh) -> Cannabis
- 2 (Bedo) -> Cannabis
- 3 (Champignons hallucinogènes)
- 4 (Crack)
- 5 (DOB)
- 6 (GHB)
- 7 (Ice) -> Amphétamines
- 8 (Kétamine)
- 9 (Kif) -> Cannabis
- 10 (MDMA) -> Ecstasy
- 11 (Morphine)
- 12 (Opium)
- 13 (Teush) -> Cannabis
- 14 (Trichlo) -> Produits à inhaler
- 15 (Autres : préciser)
- 16 (NSP)

Q215 Autres drogues :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q216 Parmi les produits suivants, lesquels vous est-il arrivé de prendre en une même occasion ?

◆ Pour les 15 ans et plus et ayant consommé au moins 1 produit psychotrope

★ Enquêteur : énumérer les produits (consommés par l'interviewé). Noter en clair les mélanges en les séparant par des « / » (par exemple : alcool + cannabis / cannabis + ecstasy /).

Q217 La dernière fois que vous avez fait un mélange, était-ce dans le but de rechercher (de ressentir) volontairement certains effets ?

◆ Pour les 15 ans et plus et ayant consommé au moins 1 produit psychotrope

★ Enquêteur : si l'intervué(e) n'a jamais fait de mélange, ne pas poser la question et coder l'item « n'a jamais fait de mélange ».

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)
- 4 (N'a jamais fait de mélange)

◆ Q218 est posée à la moitié de l'échantillon, Q219 sous-question 1 est posée à l'autre moitié de l'échantillon

Q218 Voici une opinion que l'on peut entendre, dites-moi si vous êtes tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord. Il faut mettre les drogues douces en vente libre, êtes-vous...

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Plutôt pas d'accord
- 4 Pas d'accord du tout
- 5 (NSP)

Q219 Êtes-vous tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord avec les propositions suivantes ?

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Tout à fait d'accord
- 2 Plutôt d'accord
- 3 Plutôt pas d'accord
- 4 Pas d'accord du tout
- 5 (NSP)
- 1 La consommation de cannabis ou de haschisch devrait être autorisée
- 2 La consommation d'héroïne devrait être autorisée

Q220 Au cours de votre vie, avez-vous déjà abandonné ou réduit vos activités sociales, scolaires ou professionnelles ou vos activités de loisir à cause d'une drogue que vous aviez consommée ?

◆ Si 15 et plus et ayant consommé au moins 1 substance au cours de la vie

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q221 Laquelle ou lesquelles ?

◆ Si oui question précédente

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 (Acides)
- 2 (Alcool)

- 3 (Amphétamines)
- 4 (Cannabis)
- 5 (Champignons hallucinogènes)
- 6 (Cocaine)
- 7 (Colle)
- 8 (Crack)
- 9 (Dopants)
- 10 (Ecstasy)
- 11 (Ether)
- 12 (Haschisch)
- 13 (Héroïne)
- 14 (Joint)
- 15 (LSD)
- 16 (Marijuana)
- 17 (Morphine)
- 18 (Opium)
- 19 (Shit)
- 20 (Solvants)
- 21 (Tabac)
- 22 (Tranquillisants)
- 23 (Autre : préciser)
- 24 (NSP)

Q222 Autre(s) drogues :

★ Enquêteur : noter en clair. Bien relancer.

Q223 Avez-vous déjà essayé d'arrêter de consommer une drogue sans y arriver ?

◆ Si 15 ans et plus et ayant consommé

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q224 Laquelle ou lesquelles ?

◆ Si oui question précédente

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 (Acides)
- 2 (Alcool)
- 3 (Amphétamines)
- 4 (Cannabis)
- 5 (Champignons hallucinogènes)
- 6 (Cocaine)
- 7 (Colle)
- 8 (Crack)
- 9 (Dopants)
- 10 (Ecstasy)
- 11 (Ether)
- 12 (Haschisch)
- 13 (Héroïne)
- 14 (Joint)
- 15 (LSD)
- 16 (Marijuana)
- 17 (Morphine)
- 18 (Opium)
- 19 (Shit)
- 20 (Solvants)
- 21 (Tabac)
- 22 (Tranquillisants)



- 23 (Autre : préciser)
24 (NSP)

Q225 Autre(s) drogues :

★ Enquêteur : noter en clair. Bien relancer.

Q226 Avez-vous déjà pris une drogue tous les jours ou presque, pendant au moins deux semaines ?

◆ *Si 15 ans et plus et ayant consommé au moins 1 substance au cours de la vie*

- 1 Oui
2 Non
3 (NSP)

Q227 Laquelle ou lesquelles ?

★ Enquêteur : ne rien suggérer.

- 1 (Acides)
2 (Alcool)
3 (Amphétamines)
4 (Cannabis)
5 (Champignons hallucinogènes)
6 (Cocaïne)
7 (Colle)
8 (Crack)
9 (Dopants)
10 (Ecstasy)
11 (Ether)
12 (Haschisch)
13 (Héroïne)
14 (Joint)
15 (LSD)
16 (Marijuana)
17 (Morphine)
18 (Opium)
19 (Shit)
20 (Solvants)
21 (Tabac)
22 (Tranquillisants)
23 (Autre : préciser)
24 (NSP)

Q228 Autre(s) drogues :

★ Enquêteur : noter en clair. Bien relancer.

Douleur, consommation de soins et de médicaments

Passons à un autre sujet.

Q229 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'une douleur difficile à supporter ?

★ Enquêteur : il s'agit aussi bien de douleur physique que morale.

- 1 Oui, qu'une fois
2 Oui, plusieurs fois
3 Non
4 (NSP)

Q230 Avez-vous souffert d'une...

◆ *Si a souffert d'une douleur*

★ Enquêteur : l'interviewé parlait-il d'une douleur physique ou morale ?

- 1 Douleur physique
2 Douleur morale
3 (NSP)

Q231 La dernière fois que vous avez eu mal, où étiez-vous ?

◆ *Si a souffert d'une douleur*

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Chez vous ou chez des proches
2 Dans la rue ou dans un lieu public
3 Sur votre lieu de travail
4 À l'hôpital
5 Autre (préciser)
6 (NSP)

Q232 Autre lieu :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q233 Cette douleur a-t-elle été prise en compte et soulagée par l'équipe soignante ?

◆ *Si lieu de la douleur était l'hôpital*

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui, rapidement
2 Oui, mais avec du retard
3 Non
4 (NSP)

Q234 La dernière fois où vous avez eu mal...

◆ *Si lieu autre que l'hôpital*

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
2 Non
3 (NSP)
1 Avez-vous attendu que cela passe ?
2 Avez-vous essayé de vous soigner vous-même ?

- 3 Êtes-vous allé consulter ?
- 4 Avez-vous été hospitalisé ?

Q235 Qui êtes-vous allé consulter ?

- ◆ Si a consulté
- ★ Enquêteur : ne rien suggérer. Une seule réponse possible.
- 1 Médecin généraliste
- 2 Kinésithérapeute
- 3 Dentiste
- 4 Autres (précisez)
- 5 (NSP)

Q236 Autre médecin consulté

- ◆ Si a consulté ou douleur prise en charge par l'équipe soignante
- ★ Enquêteur : noter en clair. Ne rien suggérer.

Q237 Avez-vous été très satisfait, plutôt satisfait, plutôt pas satisfait ou pas du tout satisfait du traitement reçu pour soulager cette douleur ?

- 1 Très satisfait
- 2 Plutôt satisfait
- 3 Plutôt pas satisfait
- 4 Pas du tout satisfait
- 5 (NSP)

Q238 Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous consulté pour vous-même (êtes-vous allé voir)

BS 97

- ★ Enquêteur : énumérer. Si NSP coder 99.
- 1 Un médecin scolaire ou une infirmière de santé scolaire (si à l'école)
- 2 Un médecin généraliste
- 3 Un psychiatre, un psychanalyste ou un psychologue
- 4 Un gynécologue (pour les filles)
- 5 Un chirurgien dentiste (dentiste) ou orthodontiste
- 6 Un kinésithérapeute (kiné) ou masseur
- 7 Un homéopathe
- 8 Un homéopathe pour un de vos enfants ? (si a consulté un homéopathe et a des enfants)
- 9 Un acupuncteur ou mésothérapeute ou ostéopathe
- 10 Un autre médecin (par exemple : dermatologue, pédiatre, allergologue)

Q239 Au cours de votre dernière visite, est-ce que votre médecin généraliste vous a donné des conseils... ?

- ◆ Si a consulté un généraliste au cours des 12 derniers mois

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
 - 2 Non
 - 3 (Ne se souvient plus)
 - 1 Pour la pratique de l'exercice physique
 - 2 Dans le domaine de l'alimentation
 - 3 Concernant le bon usage du médicament en général
 - 4 Concernant les accidents de la vie courante
- Débrief : prévoir des exemples d'accidents de la vie courante*

Q240 Au cours de votre dernière visite, votre médecin généraliste a-t-il abordé avec vous la question du tabac ?

- ◆ Si fumeur ayant consulté un généraliste au cours des 12 derniers mois
- ★ Enquêteur : énumérer.
- 1 Oui, à votre initiative
- 2 Oui, à son initiative
- 3 Non
- 4 (NSP)

Q241 Comment choisissez-vous un médecin spécialiste lorsque vous en avez besoin ?

- ◆ Si 18 ans ou plus
 - ★ Enquêteur : énumérer. Plusieurs réponses possibles.
 - 1 Vous demandez ou il vous est recommandé par votre médecin généraliste
 - 2 Vous demandez à votre pharmacien
 - 3 Vous demandez à votre famille
 - 4 Vous demandez à des amis
 - 5 Autres (annuaires, etc.) (préciser)
 - 6 (NSP)
- Débrief : Ajouter dans la liste précédée le bouche à oreille.*

Q242 De quelle autre manière choisissez-vous un médecin spécialiste lorsque vous en avez besoin ?

- ★ Enquêteur : ne rien suggérer. Bien relancer.

Q243 Qu'est-ce qui pourrait vous faire changer de médecin généraliste ?

- ◆ Si 18 ans ou plus
- ★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles. Si aucune raison, coder l'item « autres (préciser) » et noter « aucune raison » en clair.
- 1 Erreur de diagnostic
- 2 Dépassement d'honoraires
- 3 Mauvaise écoute de mes problèmes
- 4 Peu de conseils



- 5 Pas suffisamment de prescriptions
- 6 Trop de prescriptions
- 7 Déménagement
- 8 Perte de confiance suite à un échec
- 9 Une maladie trop grave
- 10 À cause d'une MST ou un problème intime
- 11 Part à la retraite
- 12 Autres (précisez) :
- 13 (NSP)

Q244 Pour quelles autres raisons changeriez-vous de médecin généraliste ?

★ Enquêteur : noter en clair. Ne rien suggérer.

Q245 Un médecin référent est un médecin généraliste que vous choisissez vous-même et à qui vous ne payez que le ticket modérateur pour une consultation. En contrepartie vous vous engagez à passer par lui pour tout examen complémentaire, visite chez un spécialiste ou dans un service hospitalier à l'exception des urgences. Êtes-vous favorable à ce système ?

◆ Si 18 ans ou plus

★ Enquêteur : un ticket modérateur = 33 F = partie non prise en charge par la sécurité sociale.

- 1 Tout à fait favorable
- 2 Plutôt favorable
- 3 Plutôt pas favorable
- 4 Pas du tout favorable
- 5 (NSP)

Débrief : peu de personnes connaissent le système du médecin référent

Q246 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des anti-dépresseurs ?

★ Enquêteur : par exemple, Prozac, Athymil, Anafranil, Laroxyl.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q247 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des tranquillisants ou des somnifères ?

★ Enquêteur : par exemple, Lexomil, Lysanxia, Temesta, Xanax, Tranxène, Stilnox, Imovanne, Mogadon. Pour les 12-18 ans préciser : « pour dormir, contre la nervosité, contre l'angoisse ».

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q248 Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous pris des tranquillisants ou des somnifères ?

BS 95 (au cours des 7 derniers jours)

◆ Si a pris des tranquillisants ou des somnifères au cours des 12 derniers mois

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Aucune fois
- 2 Moins d'une fois par semaine
- 3 Une fois par semaine
- 4 Plusieurs fois par semaine
- 5 Quotidiennement ou presque
- 6 (NSP)

Q249 La dernière fois où vous avez pris des tranquillisants ou des somnifères, où vous les êtes-vous procurés ?

◆ Si a pris des tranquillisants ou des somnifères au cours des 12 derniers mois

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Ils ont été prescrits par un médecin
- 2 Directement auprès d'un pharmacien
- 3 Ils restaient d'une ancienne prescription pour vous-même
- 4 Ils restaient d'une prescription pour quelqu'un de votre famille
- 5 Directement auprès de quelqu'un d'autre
- 6 (NSP)

Débrief : le « avez-vous pris » est parfois assimilé à la prescription d'où réponse 1

Q250 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé des produits pour améliorer vos résultats ou vos performances physiques ou intellectuelles ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q251 Lesquels ?

◆ Si a consommé des produits pour améliorer ses résultats ou ses performances physiques ou intellectuelles au cours des 12 derniers mois.

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Bien relancer.

Q252 Avez-vous une maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure longtemps — au moins 6 mois — et

qui peut nécessiter des soins réguliers ? exemple : diabète, asthme...

BS 95/97

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q253 Laquelle ?

BS 95/97

◆ *Si a une maladie chronique*

★ Enquêteur : ne rien suggérer. Plusieurs réponses possibles.

- 1 Asthme
- 2 Autre maladie respiratoire (bronchite chronique)
- 3 Cancer
- 4 Maladie cardiaque (angine de poitrine, infarctus)
- 5 Cholestérol
- 6 Diabète
- 7 Hypertension
- 8 Problèmes articulaires, rhumatismes
- 9 Migraine
- 10 Autre (préciser)
- 11 (NSP)

Q254 Autre maladie chronique :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q255 Avez-vous un handicap physique qui atteint votre corps et limite son fonctionnement de quelque façon que ce soit ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q256 Lequel ?

◆ *Si a un handicap physique*

★ Enquêteur : noter en clair.

Dépistage des cancers

Q257 Avez-vous déjà passé une mammographie (radiographie des seins) ?

BS 95

◆ *Si femme de 18 ans ou plus*

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q258 La dernière fois, c'était en quelle année ?

BS 95

◆ *Si a passé une mammographie*

★ Enquêteur : noter en clair l'année. Si NSP coder 01.

Q259 Vous aviez passé cet examen...

BS 95

◆ *Si a passé une mammographie*

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Parce que vous aviez reçu un courrier de la Sécurité sociale dans le cadre d'un programme de dépistage
- 2 Parce que vous l'aviez demandé à votre médecin
- 3 Parce que votre médecin vous avait dit qu'il était nécessaire de le faire
- 4 Autre (préciser)
- 5 (NSP)

Q260 Autre, précisez :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q261 Quand votre médecin (généraliste ou gynécologue) vous a-t-il fait ou prescrit pour la dernière fois un frottis du col de l'utérus ?

BS 95

◆ *Si femme de 18 ou plus*

★ Enquêteur : noter en clair l'année. Si jamais coder 00. Si NSP coder 01.

Q262 Le médecin qui vous a prescrit cet examen était...

BS 95

◆ *Si frottis prescrit*

★ Enquêteur : énumérer. Une seule réponse possible.

- 1 Un généraliste
- 2 Un gynécologue
- 3 Un gynécologue obstétricien
- 4 Un autre spécialiste (précisez)
- 5 (NSP)



Q263 Autre spécialiste, précisez :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q264 Avez-vous déjà bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon et du rectum par recherche de sang dans les selles (test Hémocult)

◆ Si 40 ans et plus

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q265 La dernière fois, c'était en quelle année ?

◆ Si a bénéficié d'un dépistage du cancer du côlon

★ Enquêteur : si NSP coder 01.

Accidents

Q266 Au cours des 12 derniers mois, combien d'accidents avez-vous eu ayant entraîné une consultation chez un médecin ou dans un hôpital ?

BS 97

★ Enquêteur : si NSP coder 99.

Q267 Parmi ces accidents, au cours des 12 derniers mois, était-ce...

BS 97

◆ Si accident

★ Enquêteur : énumérer. Plusieurs réponses possibles si plusieurs accidents.

- 1 Un accident de vélo
- 2 Un accident de moto, mobylette, scooter
- 3 Un accident de roller/patins à roulettes
- 4 Un accident de skate
- 5 Un accident de voiture
- 6 Un accident de travail ou d'atelier
- 7 Un accident de sport ou de loisirs autre que vélo, roller et skate
- 8 Un accident domestique (à la maison ou autour)
- 9 Un accident à l'école, au lycée, à l'université en dehors du sport
- 10 Autres (notamment les bagarres, les chutes) (préciser)
- 11 (NSP)

Débrief : ajouter « accident piéton » dans la liste

Q268 Autre(s) accident(s) :

★ Enquêteur : noter en clair.

Q269 L'accident de vélo que vous avez eu au cours des 12 derniers mois, était-ce...

◆ Si accident de vélo

★ Enquêteur : énumérer. Plusieurs réponses possibles si plusieurs accidents.

- 1 Avec un VTT
- 2 Avec un BMX
- 3 Avec un autre vélo
- 4 (NSP)

Q270 Lors de l'accident de voiture que vous avez eu au cours des 12 derniers mois, étiez-vous...

◆ Si accident de voiture

★ Enquêteur : énumérer. Plusieurs réponses possibles si plusieurs accidents.

- 1 Conducteur

- 2 Passager
- 3 (NSP)

Q271 [Le type d'accident] que vous avez eu au cours des 12 derniers mois, a-t-il eu lieu...

★ Enquêteur : énumérer. Plusieurs réponses possibles si plusieurs accidents.

- 1 À l'école, au lycée, à l'université
- 2 Dans un autre lieu
- 1 L'accident de vélo (si accident de vélo)
- 2 L'accident de roller ou de patins à roulettes (si accident de roller)
- 3 L'accident de skate (si accident de skate)
- 4 L'accident de sport ou de loisirs autre que vélo, roller ou skate (si accident de sport ou de loisirs)

Q272 Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous eu... ?

◆ Si type accident considéré

★ Enquêteur : si NSP coder 99.

- 1 Un accident de VTT
- 2 Un accident de BMX
- 3 Un accident de vélo (autre que VTT ou BMX)
- 4
- 5 Un accident de moto, mobylette, scooter
- 6 Un accident de roller/patins à roulettes à l'école, au lycée, à l'université
- 7 Un accident de roller/patins à roulettes (hors de l'école, du lycée, de l'université)
- 8 Un accident de skate à l'école, au lycée, à l'université
- 9 Un accident de skate (hors de l'école, du lycée, de l'université)
- 10 Un accident de voiture dont vous étiez conducteur
- 11 Un accident de voiture dont vous étiez passager
- 12 Un accident de travail ou d'atelier
- 13 Un accident de sport ou de loisirs (autre que vélo ou roller ou skate) à l'école, au lycée, à l'université
- 14 Un accident de sport ou de loisirs (autre que vélo ou roller ou skate) (hors de l'école, du lycée, de l'université)
- 15 Un accident domestique (à la maison ou autour)
- 16 Un accident à l'école, au lycée, à l'université en dehors du sport
- 17 Autre(s) accident(s) :

Q273 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait...

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)
- 1 De la moto, de la mobylette ou du scooter ?

- 2 Du vélo ?
- 3 Du roller, patins à roulette, skate ?

Q274 La dernière fois, avez-vous porté un casque ?

◆ Si oui item de la question précédente

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)
- 1 (En faisant de la moto, de la mobylette ou du scooter)
- 2 (En faisant du vélo)
- 3 (En faisant du roller, patins à roulettes, skate)

Q275 Était-ce...

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Un VTT
- 2 Un BMX
- 3 Un autre vélo
- 4 Roller/patins à roulettes
- 5 Skate
- 6 (NSP)

Q276 Au cours des 30 derniers jours, avez-vous fait quelque chose de risqué pour le plaisir ou par défi ?

BS 97

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Non
- 2 Oui, 1 fois
- 3 Oui, 2 fois
- 4 Oui, 3 fois ou plus
- 5 (NSP)

Q277 La dernière fois, qu'est-ce que c'était ?

BS 97

◆ Si a fait quelque chose de risqué

★ Enquêteur : noter en clair.



Signalétique (classification Insee des professions)

Pour terminer, je vais vous poser quelques questions d'ordre général.

Q278 Depuis combien de temps êtes-vous au chômage ?

◆ Si au chômage (pour les 16 à 30 ans)
★ Enquêteur : coder jours et/ou mois et/ou années, puis saisir le nombre de jours et/ou de mois et/ou d'années.

- 1 Jours
- 2 Mois
- 3 Années
- 4 (NSP)

Q279 Quelle est votre profession ? Quelle est votre fonction exacte ?

◆ Pour les 30 ans et moins n'étant plus à l'école ou en formation alternée ou apprentissage, ou n'étant pas à plein temps ou temps partiel

★ Enquêteur : noter la profession en clair avec toutes les précisions nécessaires. Noter la profession antérieure en indiquant au chômage, en congé parental, au foyer, au service militaire...

Q280 [Recoder la profession]

◆ Pour les 30 ans et moins n'étant plus à l'école ou en formation alternée ou apprentissage, ou n'étant pas à plein temps ou temps partiel

★ Enquêteur : Recoder la profession (consultez le code des professions). Si problème pour recoder appelez votre chef d'équipe. Pour les chômeurs, recoder la profession antérieure.

- 1 Agriculteur exploitant (à son compte) [code 1]
- 2 Artisan petit commerçant (à son compte) [code 2]
- 3 Chef d'entreprise de plus de 10 salariés (à son compte) [code 2]
- 4 Profession libérale (à son compte - sauf paramédical en 4) [code 3]
- 5 Professeur / profession scientifique (salarié) [code 3]
- 6 Cadre et autre profession intellectuelle supérieure (salarié) [code 3]
- 7 Profession intermédiaire (salarié ou paramédical) [code 4]
- 8 Instituteur ou assimilé (salarié) [code 4]
- 9 Employé (salarié) [code 5]
- 10 Personnel de service (salarié) [code 5]
- 11 Ouvrier / ouvrier agricole (salarié) [code 6]

- 12 Retraité [code 7]
- 13 Élève / étudiant [code 8]
- 14 Autre inactif [code 8]

Q281 [Recodification profession interviewé 16-30 ans]

- 1 Agriculteur
- 2 Artisan, commerçant, chef d'entreprise, prof. libérale, profession intellectuelle sup., cadres sup.
- 3 Profession intermédiaire, cadres moyens
- 4 Employé, personnel de service
- 5 Ouvrier
- 6 Retraité, autre inactif

Q282 Êtes-vous :

◆ Si dans la tranche 16-30 ans

- 1 Inscrit à l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE)
- 2 Salarié du secteur privé
- 3 Salarié du secteur public
- 4 À votre compte
- 5 Inactif

Q283 Quelle est votre profession ? Quelle est votre fonction exacte ?

◆ Pour les plus de 30 ans

Q284 [Recodification profession interviewé de plus de 30 ans]

◆ Pour les plus de 30 ans

Q286 Êtes-vous

- 1 Inscrit à l'ANPE
- 2 Salarié dans le secteur privé

Q287 Quelle est la situation professionnelle de votre conjoint ?

◆ Si conjoint (fiancé) / en couple

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Il exerce un emploi à plein temps
- 2 Il exerce un emploi à temps partiel
- 3 Il est en formation continue
- 4 Il est en stage d'insertion (CES, CEC)
- 5 Il est en apprentissage ou il suit une formation en alternance
- 6 Il a cessé de travailler et il est au chômage non bénéficiaire du RMI
- 7 Il a cessé de travailler et il est au chômage bénéficiaire du RMI
- 8 Il a cessé de travailler et il est en congé de longue durée
- 9 Il a cessé de travailler et il est à la retraite ou pré-retraite
- 10 Il a cessé de travailler et il est en congé parental
- 11 Il a cessé de travailler et il est au foyer
- 12 Il a cessé de travailler et il a repris ses études

- 13 Il a cessé de travailler et il est au service militaire
- 14 Il n'a jamais travaillé et il poursuit ses études
- 15 Il n'a jamais travaillé et il est bénéficiaire du RMI
- 16 Il n'a jamais travaillé et il cherche un premier emploi
- 17 Il n'a jamais travaillé et il est au foyer
- 18 Il n'a jamais travaillé et il est au service militaire
- 19 Il n'a jamais travaillé et il est en invalidité
- 20 Il a cessé de travailler et il est en invalidité
- 21 (Non-réponse)

Q288 Quelle est la profession de votre conjoint ? Quelle est la fonction exacte de votre conjoint ?

★ Enquêteur : noter la profession en clair avec toutes les précisions nécessaires. Noter la profession antérieure en indiquant « ... au chômage, à la retraite, en congé parental, en invalidité... ».

Q289 Recoder la profession du conjoint

★ Enquêteur : consulter le code des professions. Si problème pour recoder appelez votre chef d'équipe. Pour les chômeurs recoder la profession antérieure.

- 1 Agriculteur exploitant (à son compte) [code 1]
- 2 Artisan petit commerçant (à son compte) [code 2]
- 3 Chef d'entreprise de plus de 10 salariés (à son compte) [code 2]
- 4 Profession libérale (à son compte -- sauf paramédical en 4) [code 3]
- 5 Professeur / profession scientifique (salarié) [code 3]
- 6 Cadre et autre profession intellectuelle supérieure (salarié) [code 3]
- 7 Profession intermédiaire (salarié ou paramédical) [code 4]
- 8 Instituteur ou assimilé (salarié) [code 4]
- 9 Employé (salarié) [code 5]
- 10 Personnel de service (salarié) [code 5]
- 11 Ouvrier / ouvrier agricole (salarié) [code 6]
- 12 Retraité [code 7]
- 13 Élève / étudiant [code 8]
- 14 Autre inactif [code 8]

Q290 [Recodification de la profession du conjoint]

- 1 Agriculteur
- 2 Artisan, commerçant, chef d'entreprise, prof. libérale, profession intellectuelle sup., cadres sup.
- 3 Profession intermédiaire, cadres moyens
- 4 Employé, personnel de service
- 5 Ouvrier
- 6 Retraité, autre inactif

Q291 Votre conjoint est-il :

- 1 Inscrit à l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE)
- 2 Salarié du secteur privé
- 3 Salarié du secteur public
- 4 À son compte
- 5 Inactif

Q292 Quel est (était) le métier de votre père/beau-père ?

◆ Si 30 ans ou moins ayant un père ou beau-père vivant dans le foyer

★ Enquêteur : noter en clair. Demander aux parents si l'enfant ne sait pas répondre.

Q293 Actuellement, votre père/beau-père :

◆ Si 30 ans ou moins ayant un père ou beau-père vivant dans le foyer

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Travaille
- 2 Est au chômage
- 3 Est à la retraite
- 4 Est à la maison ou en congé parental
- 5 Ne travaille pas pour une autre raison (exemple : étudiant, longue maladie)
- 6 (Il n'y a pas ou plus de père ou beau-père)
- 7 (NSP)

Q294 Votre père/beau-père est-il :

◆ Si père ou beau-père travaille

- 1 Salarié du secteur privé (non fonctionnaire)
- 2 Salarié du secteur public (fonctionnaire)
- 3 À son compte
- 4 (NSP)

Q295 Quel est (était) le métier de votre mère/belle-mère ?

◆ Si 30 ans ou moins ayant une mère ou belle-mère vivant dans le foyer

★ Enquêteur : noter en clair. Demander aux parents si l'enfant ne sait pas répondre.

Q296 Actuellement, votre mère/belle-mère :

◆ Si 30 ans ou moins ayant une mère ou belle-mère vivant dans le foyer

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Travaille
- 2 Est au chômage
- 3 Est à la retraite
- 4 Est à la maison ou en congé parental
- 5 Ne travaille pas pour une autre raison (exemple : étudiante, longue maladie)
- 6 (il n'y a pas ou plus de mère ou belle-mère)
- 7 (NSP)



Q297 Votre mère/belle-mère est-elle :

◆ Si mère ou belle-mère travaille

- 1 Salariée du secteur privé (non fonctionnaire)
- 2 Salariée du secteur public (fonctionnaire)
- 3 À son compte
- 4 (NSP)

Q298 Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?

◆ Si 15 ans et plus

- 1 Aucun diplôme
- 2 Certificat d'études primaires
- 3 CAP : certificat d'aptitude professionnelle
- 4 Brevet des collèges, BEPC
- 5 BEP : brevet d'enseignement professionnel
- 6 Baccalauréat d'enseignement technique
- 7 Baccalauréat d'enseignement professionnel
- 8 Baccalauréat d'enseignement général
- 9 Bac + 2 (Deug, DUT, BTS)
- 10 Bac + 3 (licence [1^{re} année du 2^e cycle de l'enseignement supérieur])
- 11 Bac + 4 (maîtrise [dernière année du 2^e cycle de l'enseignement supérieur])
- 12 Bac + 5 ou plus (3^e cycle de l'enseignement supérieur : DEA, DESS, MBA, doctorat...)
- 13 Diplôme d'une grande école
- 14 Autre diplôme (préciser)
- 15 (NSP)

Q299 Autre diplôme :

★ Enquêteur : noter en clair. Bien indiquer le niveau obtenu. Par exemple : ne pas noter « infirmière » sans indiquer le niveau d'études obtenu.

Q300 Avez-vous une religion ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q301 Toujours par rapport à la religion, diriez-vous que :

◆ Si a une religion

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Vous ne pratiquez pas
- 2 Vous pratiquez de temps en temps
- 3 Vous pratiquez régulièrement
- 4 (NSP)

Q302 Dans quelle tranche environ se situe la somme totale des revenus nets par mois (ou par an si vous préférez) de toutes les personnes vivant avec vous, y compris les revenus autres que salariaux : allocations, rentes, bénéfiques

industriels commerciaux (BIC), bénéfiques non commerciaux (BNC), bénéfiques agricoles (BA)

◆ Si 15 ans ou plus

- 1 Moins de 1 500 Francs/mois (Moins de 18 000 F/an)
- 2 De 1 500 à moins de 2 500 Francs/mois (18 000 à 29 999 F/an)
- 3 De 2 500 à moins de 4 000 Francs/mois (30 000 à 47 999 F/an)
- 4 De 4 000 à moins de 6 600 Francs/mois (48 000 à 79 199 F/an)
- 5 De 6 600 à moins de 8 000 Francs/mois (79 200 à 95 999 F/an)
- 6 De 8 000 à moins de 10 000 Francs/mois (96 000 à 120 000 F/an)
- 7 De 10 000 à moins de 13 000 Francs/mois (120 000 à 155 999 F/an)
- 8 De 13 000 à moins de 16 000 Francs/mois (156 000 à 191 999 F/an)
- 9 De 16 000 à moins de 20 000 Francs/mois (192 000 à 239 999 F/an)
- 10 De 20 000 à moins de 30 000 Francs/mois (240 000 à 359 999 F/an)
- 11 De 30 000 à moins de 50 000 Francs/mois (360 000 à 599 999 F/an)
- 12 Plus de 50 000 Francs/mois (plus de 600 000 F/an)
- 13 (NSP, ne veut pas dire)

Q303 Étiez-vous vraiment seul(e) pour répondre à ce questionnaire ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Q304 À l'enquêteur : Pensez-vous que l'interviewé(e) était vraiment seul(e) et/ou répondait librement à ce questionnaire ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 (NSP)

Si 12-25 ans :

Fil santé jeunes : 0800 235 236

L'interviewé(e) a envie d'arrêter de fumer,

lui proposer le numéro suivant :

Tabac info service : 0803 309 310

Si besoin :

Drogues info service : 0800 23 13 13

Sida info service : 0800 840 800

Si suicide, rapports sexuels forcés :

Psychologue du CFES : xx xx xx xx xx

Médecin du CFES : xx xx xx xx xx

Merci d'avoir bien voulu répondre à ces questions.







Sélection de l'institut de sondage

Le choix de l'institut de sondage est depuis l'origine effectué à partir d'un appel d'offres. L'institut BVA a quasiment réalisé tous les terrains à l'exception du Baromètre santé médecins généralistes 98/99, conduit par Ipsos. Pour l'enquête Baromètre santé 2000, le CFES a lancé un appel d'offres en avril 1999 selon la procédure du Bulletin officiel des annonces du marché public (BOAMP). Le BOAMP publie les Avis d'appels d'offres publics à la concurrence (AAPC) et les avis d'attribution de l'État et de ses établissements publics, autres que ceux ayant le caractère industriel et commercial (livre II du CMP), des collectivités territoriales et de leurs établissements publics (livre III du CMP). La composition et le fonctionnement des commissions d'adjudication ou d'appel d'offres sont fixés, concernant les administrations centrales de l'État, par le ministre, concernant les services déconcentrés de l'État, par le préfet, concernant les établissements publics, par les règles propres à chaque établissement. L'annonce a été publiée le 8 avril 1999 avec comme date limite de réponse pour les instituts le 26 avril 1999.

À l'issue de la commission d'ouverture des plis du 27 avril 1999, un tableau récapitulatif a été établi afin de constituer une *short list* selon les critères suivants : état du dossier (complet, incomplet), expérience dans le domaine des enquêtes de santé publique, expérience dans le domaine des enquêtes

Avis d'appel d'offre public

261 — *Identification de l'organisme qui passe le marché*: comité français d'éducation pour la santé à Vannes, 2, rue Auguste-Comte, B.P. 51, 92174 Vanves Cedex, tél.: 01-41-33-33-33, télécopie : 01-41-33-33-90.

Procédure de passation: appel d'offres restreint.

Objet du marché: **sondage national en aléatoire par téléphone sur les comportements, attitudes et opinions des 12-75 ans, dans le domaine de la santé.**

Lieu d'exécution: en France (métropole).

Caractéristiques principales:

Marché à 3 lots attribuables séparément ou conjointement.

Nombre et consistance des lots: 3 lots:

Lot 1. — Echantillon de 5 000 à 7 500 individus de 12 à 75 ans

(questionnaire de 25 à 30 minutes).

Lot 2. — Echantillon de 5 000 à 7 500 individus de 12 à 75 ans

(questionnaire de 25 à 30 minutes).

Lot 3. — Suréchantillon de 1 200 individus de 12 à 25 ans pour

trois régions (Pays de la Loire, Picardie et Alsace),

1 200 × 3 = 3 600 individus.

Modalités d'attribution des lots: sur décision de la commission d'appel d'offres du C.F.E.S.

Date limite de réception des candidatures: 26 avril 1999, à 17 heures.

Adresse où les candidatures et/ou les offres doivent être transmises: C.F.E.S., 2, rue Auguste-Comte, B.P. 51, 92174 Vanves Cedex.

Justifications à produire quant aux qualités et capacités du candidat:

L'institut devra fournir les documents suivants:

— lettre de motivation faisant acte de candidature;

— documentation complète de présentation de son activité (clients, domaines d'interventions, etc.);

— il devra développer les actions éventuelles menées dans le domaine de la santé et celles menées pour d'autres ministères ou d'autres institutions publiques;

— présentation complète des partenaires (autres instituts), avec lesquels il pourra s'associer pour présenter une proposition prenant en compte l'étendue de l'échantillon d'individus concernés (en particulier s'il postule aux deux premiers lots);

— bilans sur les 3 dernières années;

— K bis de moins de 3 mois;

— attestations fiscales et sociales.

Les renseignements d'ordre administratif et/ou technique peuvent être obtenus auprès de:

— d'ordre administratif: Mme Michoud (Vanessa),

tél.: 01-41-33-33-16;

— d'ordre technique: M. Guilbert (Philippe),

tél.: 01-41-33-33-76.

Autres renseignements:

Cet appel d'offres n'est pas soumis aux règles du code des marchés publics.

Date d'envoi de l'avis à la publication: 2 avril 1999.

aléatoires par téléphone, expérience dans le domaine des enquêtes de grande taille, nombre d'enquêteurs et lieu du terrain. La commission d'appel d'offres du 11 mai 1999 a validé une *short list* d'instituts qui ont reçu le cahier des charges le 20 mai 1999 (cf. Annexe). À l'issue de l'audition des instituts candidats (10 juin 1999) et de la lecture de leurs propositions écrites (un ins-

titut n'a pas poursuivi sa candidature), une seconde grille d'analyse a été remplie (coût, procédure liste rouge, propositions d'analyse des refus, propositions pour la pondération et le redressement, nombre d'enquêteurs, lieu du terrain, divers). Le choix définitif de l'institut de sondage a eu lieu le 22 juin 1999, lors de la commission d'appel d'offres.

annexe

Cahier des charges

Afin d'appuyer la mise en œuvre et le suivi de ses actions nationales dans le domaine de la promotion pour la santé, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) a élaboré un dispositif d'enquêtes périodiques : les « Baromètres santé ». Ils mesurent régulièrement l'état de l'opinion, des connaissances, des attitudes et des comportements concernant la santé des Français.

Ces enquêtes sont réalisées par sondage sur un échantillon représentatif tiré en aléatoire. Elles ont porté jusqu'à maintenant sur des populations d'adultes (2 000 sujets de 18-75 ans), de jeunes (4 000 sujets de 12-19 ans) et de médecins généralistes (2 000 sujets pour la dernière vague).

Le Baromètre santé a été construit avant tout pour alimenter et évaluer les programmes nationaux d'éducation pour la santé. Il joue à cet égard un rôle irremplaçable, ce qui explique l'investissement financier majoritaire de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dans ce Baromètre santé. La qualité du recueil et de l'exploitation des données, et son caractère systématique depuis 1992 en ont fait une banque de données sur les comportements de santé, banque accessible à toutes les institutions publiques et de plus en plus sollicitée.

Le souhait des financeurs d'étudier les comportements de santé tout au long de la vie a amené le CFES à mettre en place pour fin 1999 une grande enquête de santé concernant les 12-75 ans auprès d'un échantillon de 10 000 à 15 000 personnes.

Cette enquête permettra notamment d'étudier plus spécifiquement la période de mise en place d'un certain nombre de comportements de santé entre 15 et 35 ans. Le nouveau Baromètre santé 2000 associe

au CFES, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité (direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, direction générale de la Santé), la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, le Haut Comité de la santé publique, la Fédération nationale de la Mutualité Française et certains Observatoires régionaux de la santé.

Les grands domaines explorés dans ce Baromètre santé 2000 seront :

1. le réseau et le support social
2. la vie scolaire (jeunes) et professionnelle (ensemble de l'échantillon)
3. les « facteurs de protection » (sommeil, alimentation, sports)
4. les conduites d'essai
5. la santé mentale
6. la violence (agie et subie)
7. la sexualité
8. la consommation de tabac, d'alcool, de drogues illicites
9. la morbidité ressentie et la perception des risques
10. la consommation de soins et de médicaments
11. la vaccination.

La CFES se propose de lancer la première vague de ce Baromètre santé 2000, qui constitue l'objet de cet appel d'offres, à partir du début du mois d'octobre 1999.

Présentation du marché

Cette enquête se déroulera par téléphone auprès



d'un échantillon national représentatif de 12 à 75 ans (sondage aléatoire).

Le marché contiendra trois lots attribuables séparément ou conjointement :

Lot 1 : Échantillon de 5 000 à 7 500 individus de 12 à 75 ans avec questionnaire de 25 à 35 minutes.

Lot 2 : Échantillon de 5 000 à 7 500 individus de 12 à 75 ans avec questionnaire de 25 à 35 minutes.

Lot 3 : Trois¹ sur échantillons de 1 200 individus de 12 à 25 ans pour trois régions (Pays de la Loire, Picardie, Alsace : $3 \times 1\,200 = 3\,600$ individus).

Pour le lot 1, l'institut devra proposer six hypothèses financières :

1. 5 000 individus et 25 minutes d'interview
2. 6 500 individus et 25 minutes d'interview
3. 7 500 individus et 25 minutes d'interview
4. 5 000 individus et 30 minutes d'interview
5. 6 500 individus et 30 minutes d'interview
6. 7 500 individus et 30 minutes d'interview
7. 5 000 individus et 35 minutes d'interview
8. 6 500 individus et 35 minutes d'interview
9. 7 500 individus et 35 minutes d'interview

Pour le lot 2, l'institut devra proposer six hypothèses financières :

1. 5 000 individus et 25 minutes d'interview
2. 6 500 individus et 25 minutes d'interview
3. 7 500 individus et 25 minutes d'interview
4. 5 000 individus et 30 minutes d'interview
5. 6 500 individus et 30 minutes d'interview
6. 7 500 individus et 30 minutes d'interview
7. 5 000 individus et 35 minutes d'interview
8. 6 500 individus et 35 minutes d'interview
9. 7 500 individus et 35 minutes d'interview

Pour le lot 3, l'institut devra proposer trois hypothèses financières :

1. 3 fois 1 200 individus et 25 minutes
2. 3 fois 1 200 individus et 30 minutes
3. 3 fois 1 200 individus et 35 minutes

Le(ou les) institut(s) sera(ou seront) principalement retenu(s) selon les critères suivants :

- faire preuve d'une grande technicité et d'une expérience de ce type d'enquête ;
- démontrer sa capacité à gérer une enquête à échantillon important ;
- la compétitivité en terme de coût ;
- une réflexion approfondie sur les questions méthodologiques soulevées dans le cahier des charges ;

– le lieu du terrain (de préférence à Paris ou Banlieue).

- L'institut devra, pour chacune de ces hypothèses, indiquer la base d'adresses qui sera utilisée en précisant la dernière date de mise à jour.

- Le CFES souhaiterait pouvoir joindre aussi les ménages sur « liste rouge » et demande à l'institut de faire des propositions dans ce sens. Une lettre annonce à en-tête du CFES sera envoyée par l'institut sélectionné à tous les ménages susceptibles d'être interviewés (hormis liste rouge).

- Le répondant au niveau de chaque foyer correspondant à la tranche d'âge retenue sera sélectionné par la méthode de la prochaine date anniversaire. Quand le répondant le souhaitera, un rendez-vous téléphonique lui sera proposé. Le terrain se déroulera du lundi au samedi inclus. Il est demandé à l'institut de faire une proposition maximale quant au nombre de tentatives d'appels téléphoniques pour joindre une personne, ce afin de minimiser les tentatives infructueuses sur les « queues » de fichier.

- Le recueil des données lui-même sera effectué sur système Cati (*Computer-Assisted Telephone Interviewing*) et l'organisation du terrain sera supervisée par un responsable de l'institut, en lien avec le département Stratégie et Études du CFES, qui souhaite pouvoir autant que possible avoir accès à un terrain téléphonique en région parisienne.

- Le CFES affirme son souci de disposer après l'enquête d'un fichier complètement validé, notamment au niveau de la vérification des poids des principales variables sociodémographiques avant et après redressement. En effet, un redressement sera effectué (en préciser les variables) avec une base de structure de la population la plus récente possible (avec éventuellement, si les données du recensement 1999 ne sont pas disponibles, l'utilisation des projections intermédiaires de l'Insee entre deux recensements).

- Concernant le redressement, l'institut devra fournir au CFES la formule de calcul utilisée. La plus grande rigueur sera demandée quant au suivi du terrain et notamment de la gestion des taux de refus.

- Il est nécessaire de prévoir :

- une journée de formation des enquêteurs,
- un pilote pour tester le questionnaire, qui sera à réaliser auprès de 80² personnes âgées de 12 à 75 ans,
- une séance de « débriefing » à l'issue du terrain.

1. Les suréchantillons Nord-Pas-de-Calais et Poitou-Charentes n'étaient pas encore prévus à cette date.

2. Le pilote sera finalement de 160 personnes.



- Concernant la gestion des non-réponses, le CFES demande des propositions précises sur la procédure d'appel, afin d'obtenir le maximum de caractéristiques des non-répondants et de pouvoir disposer d'un fichier de non-répondants par individu et non par appel.
- Enfin, l'institut devra réaliser le codage, les tris à plat et les tris croisés, ainsi qu'une première analyse des résultats obtenus avec un rapport de synthèse. Les rapports seront remis en dix exemplaires au CFES. Les données brutes et les traitements devront, en outre, être remis au CFES sous forme de disquettes (formats ASCII et SPSS) en trois exemplaires, ainsi qu'un dictionnaire des variables en

fichier informatique (tableau Word ou feuille Excel).

Délais de réalisation et coût

Le terrain de l'enquête Baromètre santé 2000 devra se dérouler au cours du dernier trimestre 1999 (enquête pilote : mi-septembre ; début du terrain : début octobre).

Le projet devra comporter un budget détaillé indiquant notamment s'il est possible d'envisager une réduction des tarifs si deux ou trois lots sont confiés. Le projet définira également le calendrier de réalisation.







Réalisation de l'enquête pilote et mise en place du terrain

Enquête pilote

Chaque enquête est précédée d'un pilote qui est principalement utilisé pour tester la compréhension de nouvelles questions, la durée du questionnaire et la disposition des différents filtres, et constitue une première étape dans la formation des enquêteurs au questionnaire et au carnet de route en particulier. L'étude réalisée en 1992 avait été qualifiée de probatoire car il s'agissait de tester la méthodologie pour une enquête aléatoire auprès d'adultes, même si à l'époque, l'investigation sur les comportements sexuels avait démontré la faisabilité d'une enquête par téléphone sur des sujets parfois sensibles. Lors du pilote de l'enquête Baromètre santé jeunes 97/98, l'objectif principal était d'examiner dans quelle mesure l'interrogation par téléphone pouvait être utilisée, en France, auprès des adolescents. Dans ce but, un test de faisabilité et un test de comparabilité avec une enquête auto-administrée en milieu scolaire avait été entrepris. Le travail avait été réalisé en collaboration avec l'IUMSP de Lausanne (P.-A. Michaud) qui avait les mêmes interrogations et l'équipe Santé de l'adolescent (M. Choquet, Inserm 472).

Le pilote du Baromètre santé 2000, réalisé par une équipe de 23 enquêteurs, s'est déroulé les 16 et 17 septembre 2000 auprès de 162 personnes. Les sujets sur liste

rouge n'étaient pas concernés par le pilote, car la méthode employée par l'institut BVA avait été déjà utilisée lors du pilote de l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes (Enveff) de l'Institut de démographie de l'Université de Paris I (Idup). À l'issue du pilote, quelques formulations de questions ont été modifiées, d'autres ont été ajoutées et l'ensemble des ordinateurs de l'institut ont vu leur puissance augmenter en raison de l'ampleur du questionnaire (beaucoup d'items précodés). Le pilote fut également l'occasion pour certains enquêteurs de renoncer à faire ce travail en raison : soit du manque d'intérêt pour le sujet, soit de l'exigence en terme de rendement d'une étude aléatoire, soit de certains sujets abordés dans le questionnaire.

Briefing des enquêteurs

Les premiers *briefings* ont eu lieu les 4, 5, 6 et 15 octobre 1999, puis deux autres ont été organisés les 16 et 19 novembre 1999. Ces sessions de formation regroupaient une vingtaine d'enquêteurs dont une partie avait déjà réalisé des études de ce type, certains avaient réalisé les interviews du Baromètre santé jeunes 97/98. Une personne du CFES et deux de l'institut dirigeaient les sessions. Les objectifs de la formation étaient de présenter l'enquête et sa finalité, ainsi que l'institution qui en est responsable. Le questionnaire a été « déroulé » et expliqué : com-

ment poser les questions, indiquer les relances, etc. Il convenait également de rappeler le principe d'un sondage aléatoire et proposer quelques arguments pour limiter le plus possible les refus (notamment des exemples concrets sur l'utilité de ce type d'investigation). Au cours de ces séances, les enquêteurs ont pu se passer mutuellement le questionnaire jusqu'à ce que la passation soit correcte. Afin d'assurer une certaine homogénéité dans la formation dispensée, un dossier de terrain a été élaboré. Plusieurs documents ont été donnés aux enquêteurs : certains avaient pour objet le bon

déroulement de l'enquête, d'autres visaient une meilleure connaissance des sujets abordés dans le questionnaire. À titre d'exemple, voir, en annexe, le document fourni par l'OFDT aux enquêteurs sur certains aspects de la toxicomanie.

Lettre annonce

L'envoi des lettres annonce par blocs a eu lieu une à deux semaines avant le premier contact avec le ménage. Pour éviter de focaliser sur la bonne réception de la lettre, les enquêteurs ne devaient pas s'assurer

Lettre annonce (listes blanche/orange avant tout contact téléphonique)

Le Président

Vanves, Septembre 1999

Madame, Monsieur,

Le Comité français d'éducation pour la santé est l'institution qui, placée auprès du ministère de la Santé, a en charge les actions nationales d'éducation pour la santé et de prévention. Il mène depuis 1992 des enquêtes périodiques auprès d'adultes et de jeunes, appelées « Baromètre Santé ».

Cette année, une enquête auprès d'une population de 13 000 personnes âgées de 12 à 75 ans sera réalisée par téléphone. Cette importante étude est confiée à l'institut de sondages BVA. Elle permettra de mieux connaître les comportements de l'ensemble des Français en matière de santé et d'orienter ainsi la prévention et l'information. Elle portera sur l'alimentation, le sport, les accidents, la violence, le tabac, l'alcool, les médicaments, les drogues, la sexualité et les consultations médicales ; elle durera entre 20 et 30 minutes.

Votre numéro de téléphone a été tiré au sort dans l'annuaire des abonnés de France Télécom. Une personne de votre famille, enfant ou adulte, participera ainsi à l'enquête et nous vous assurons la plus stricte confidentialité de vos réponses.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'il est très important que chacun accepte de répondre. La validité scientifique de cette enquête dépendra d'un taux d'acceptation le plus élevé possible.

Nous comptons sur votre collaboration. Les résultats de cette enquête seront publiés et commentés dans la presse.

Dans cette attente, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Professeur F. BONNET de PAILLERETS
Président du CFES



que leur interlocuteur l'avait effectivement bien reçue car la lettre n'était pas nécessairement adressée à son nom. L'intérêt principal de la lettre annonce est qu'elle motive la participation à l'enquête. Aucun test comparatif n'a été réalisé dans le cadre des enquêtes Baromètre santé sur l'effet de la lettre annonce, mais la littérature est à ce sujet assez abondante. L'enquête ASCF a montré, par exemple, que l'envoi préalable d'une lettre annonce augmente significativement le taux d'acceptation (81 % *versus* 69 %) et que les mentions du type « enquête non obligatoire » augmente le taux de refus

— passant de 19 % à 46 % —, sachant que l'étude n'est nullement obligatoire et que le droit de refus est garanti. Deux versions de lettre annonce ont été prévues, l'une concernait les personnes sur listes blanche/orange (interrogées ou non) et l'autre concernait les sujets sur liste rouge (adressée si la personne le désirait). Pour les suréchantillons régionaux, la lettre annonce a été « régionalisée » (signature, logos et parfois texte), afin d'améliorer le taux de participation, au risque de créer un léger biais de recrutement puisqu'au final, dans les échantillons régionaux, certains ménages ont reçu la

Lettre annonce (liste rouge une fois contactée)

Le Président

Vanves, Septembre 1999

Madame, Monsieur,

Le Comité français d'éducation pour la santé est l'institution qui, placée auprès du ministère de la Santé, a en charge les actions nationales d'éducation pour la santé et de prévention. Il mène depuis 1992 des enquêtes périodiques auprès d'adultes et de jeunes, appelées « Baromètre Santé ».

Cette année, une enquête auprès d'une population de 13 000 personnes âgées de 12 à 75 ans sera réalisée par téléphone. Cette importante étude est confiée à l'institut de sondages BVA. Elle permettra de mieux connaître les comportements de l'ensemble des Français en matière de santé et d'orienter ainsi la prévention et l'information. Elle portera sur l'alimentation, le sport, les accidents, la violence, le tabac, l'alcool, les médicaments, les drogues, la sexualité et les consultations médicales ; elle durera entre 20 et 30 minutes.

Pour réaliser une enquête auprès de l'ensemble de la population, nous avons construit des numéros de téléphone au hasard. Certains n'étaient pas attribués ; d'autres étaient sur liste rouge comme le votre. Votre numéro de téléphone disparaîtra automatiquement du fichier à la fin de l'interview. Une personne de votre famille, enfant ou adulte, participera ainsi à l'enquête et nous vous assurons la plus stricte confidentialité de vos réponses.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'il est très important que chacun accepte de répondre. La validité scientifique de cette enquête dépendra d'un taux d'acceptation le plus élevé possible.

Nous comptons sur votre collaboration. Les résultats de cette enquête seront publiés et commentés dans la presse.

Dans cette attente, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Professeur F. BONNET de PAILLERETS
Président du CFES

version nationale de la lettre (environ 10 %) et d'autres la version régionale (90 %).

Liste rouge

Il n'était pas possible d'expliquer dans le détail la véritable procédure utilisée pour joindre les personnes sur liste rouge, dans un courrier qui se voulait nécessairement court. La solution qui consiste à expliquer qu'il s'agissait de numéros construits au hasard est apparue comme crédible et compréhensible par tout le monde.

Par ailleurs, il aurait été peut-être bénéfique d'insister davantage sur le fait que ce n'était pas France Télécom qui avait fourni le numéro.

Organisation du terrain

Une équipe d'environ 110 enquêteurs a travaillé sur le Baromètre santé 2000. Ils étaient encadrés par quatre chefs d'équipe et répartis dans quatre salles différentes. Il n'était malheureusement pas possible de travailler avec un petit groupe d'enquêteurs sur cette étude, bien que cela aurait amélioré le taux de participation (en ne sélectionnant que les enquêteurs ayant de très faibles taux de refus). Ce travail devait se terminer impérativement avant le 24 décembre en raison des changements de comportements santé que peuvent occasionner les périodes de fêtes. Par ailleurs, il n'était pas non plus souhaitable de faire débiter le ter-

rain de façon trop décalée par rapport aux autres Baromètres santé. Il y avait donc moins de trois mois pour réaliser plus de 15 000 interviews (suréchantillons compris). Enfin, la division du nombre d'interviews sur un plus grand nombre d'enquêteurs rendait plus « vivable » la réalisation du terrain.

Au final, très peu d'enquêteurs (moins de 15 %) ont considéré que le nombre de sujets interrogés était trop important. En ce qui concerne le fichier national (n=13 685), 63,4 % des interviews ont été réalisées par des enquêteurs masculins et 36,6 % par des enquêtrices, ce qui correspond à la répartition par sexe des enquêteurs. Plus de la moitié (52,1 %) des interviews ont été conduites par des enquêteurs de plus de 25 ans. Le plus âgé d'entre eux ayant 53 ans, le plus jeune 17 ans¹. La présence prolongée et régulière de l'équipe du CFES et de ses partenaires, en particulier l'OFDT, a permis d'observer les conditions dans lesquelles les données étaient recueillies. Quelques difficultés minimales ont été rencontrées au niveau de certaines questions. Cet investissement a permis aux enquêteurs de mesurer l'importance de la passation du questionnaire. En plus des recommandations des chefs d'équipes, cette approche leur permettait également de toujours trouver des interlocuteurs.

1. Pour plus de détails, voir la partie « Bilan du terrain ».

annexe

Exemple de document remis à chaque enquêteur

La toxicomanie est une notion particulièrement difficile à définir. Entre la toxicomanie et la consommation de drogues au sens large, la limite est sans doute au niveau de la dépendance, encore qu'une telle distinction soit très discutable selon qui va s'intéresser au phénomène. On peut toutefois esquisser une sorte d'échelle des comportements allant de l'expérimentation à la pathologie profonde, en pas-

sant par l'usage occasionnel, récréatif ou régulier, contrôlé ou pas, l'excès, le désir compulsif, l'abus, la dépendance, la désocialisation et la marginalisation.

Toutes ces nuances sont souvent réduites au seul mot de toxicomane. Cela contribue à créer une confusion dans l'esprit du public : de quoi parle-t-on vraiment ? Combien y a-t-il de toxicomanes ?



Au sens premier du terme, une drogue est une substance dont la consommation agit sur l'état physique et/ou psychologique d'une personne. Dans cette optique, les médicaments et la nourriture sont des drogues. Bien sûr, il faut aller plus loin. Une drogue, au sens où on l'entend aujourd'hui, est une substance modifiant l'état de conscience de la personne la consommant. Elle modifie sa perception, son humeur, son activité psychologique.

Suivant cette définition, il convient de rappeler que les produits tels que le thé, le café, le chocolat ainsi que certains médicaments légaux (Prozac, barbituriques, analgésiques) sont des drogues.

Le cannabis

Le cannabis, indifféremment appelé chanvre indien, est une plante herbacée qui donne des fleurs et des feuilles dont est extraite la marijuana. La résine de cannabis (haschisch) exsude de la plante au moment de la floraison.

La teneur en principe actif de cette plante est très variable selon les zones de production, les parties de la plante utilisées et, pour le consommateur, selon le degré de « coupe ». Le plus souvent fumé sous forme de cigarettes, le cannabis peut aussi être consommé sous forme de gâteau ou d'infusion, mais ces modes sont très rares.

Autres appellations pour le cannabis : cana, chanvre, chanvre indien, kif, huile de cannabis, space cake, herbe.

Autres appellations pour le haschisch : shit, teuch, chichon, teuchi, barette, rette, hakik, pollen, résine, résine de cannabis.

L'héroïne

L'héroïne est issue de la famille des opiacés. Ces substances sont obtenues à partir d'une plante très ancienne, le pavot. La première substance issue du pavot fut l'opium (apparue en Chine au VII^e siècle), à partir de laquelle fut isolée la morphine, élément le plus psychoactif de l'opium.

L'héroïne est elle-même un dérivé chimique de la morphine. Conçue au départ pour guérir les morphinomanes, cette substance se révèle rapidement avoir une action encore plus importante et créant une dépendance encore plus forte. L'héroïne est la substance la plus fréquemment rencontrée en ce qui concerne les toxicomanes ayant recours au système

sanitaire. Son administration par voie intraveineuse en a fait une cause majeure de transmission des virus des hépatites et du HIV, cause qui tend à diminuer depuis quelques années grâce à la politique de « réduction des risques » (programme d'échange de seringues, information aux usagers).
Autres appellations de l'héroïne : héro, horse, brown sugar, smack, brown, camme, schnouf.

L'ecstasy

Produit chimique qui peut être d'une grande variété (beaucoup d'arnaques dans le trafic, mélange avec des médicaments tels que le doliprane), l'ecstasy associe des amphétamines et des hallucinogènes. Appelée, lors de son apparition en France vers la fin des années quatre-vingt, « drogue de l'amour » pour ces prétendus effets aphrodisiaques, son utilisation s'est largement étendue. Des études ethnographiques récentes montrent qu'elle dépasse largement le cadre des « raves » et que son usage est en augmentation.

Autre appellation de l'ecstasy : MDMA

Les psychotropes licites : alcool, médicaments, tabac

Pour l'ensemble des intervenants et spécialistes de la toxicomanie, les psychotropes licites sont des drogues au même titre que les substances illégales. Il y a très souvent association (alcool + cannabis, alcool + médicaments). Dans les questionnaires, il est souvent intéressant de se pencher sur ces modes de polyconsommation qui peuvent être parmi les plus graves. L'alcool est fréquemment cité comme facteur de risque d'entrée dans l'usage des drogues et parfois dans la toxicomanie. Les médicaments sont considérés comme des drogues lorsqu'ils sont utilisés à des fins non médicales.

Les hallucinogènes

Le LSD, parfois appelé acide, est un des hallucinogènes utilisés par les adeptes des « trips » (distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle qui peuvent aller jusqu'à l'hallucination). Il se présente le plus souvent sous la forme d'un buvard que l'on pose sur la langue. En plus de cette célèbre substance synthétique découverte dans les années quarante, on trouve d'autres produits plus ou moins

courants tels que la mescaline, les champignons hallucinogènes (psilocybine), le datura.

La cocaïne

Dérivé chimique de la feuille de coca, principalement cultivée en Amérique du Sud, la cocaïne telle qu'on la connaît aujourd'hui a été isolée au milieu du XIX^e siècle. On connaît mal les usages de cette substance car elle entraîne beaucoup moins de troubles sanitaires que l'héroïne par exemple. Elle peut concerner des milieux sociaux très variés (parfois favorisés ou proches du monde du spectacle, et parfois marginalisés avec des pratiques telles que le speedball, prise conjointe d'héroïne et de cocaïne). Elle n'engendre pas de dépendance physique, mais la dépendance psychique peut être extrêmement forte.

Autres appellations de la cocaïne : coco, coke, coca.

Le crack

En Europe, le crack est un dérivé de la cocaïne sous forme de base libre (« caillou »), alors qu'aux États-Unis, il s'agit de cocaïne mélangée à du bicarbonate. Dans les deux cas, les effets sont très violents ; la dépendance, quasi immédiate, et l'usage fréquent peuvent engendrer des états d'agressivité ou dépressifs. Ce produit récent, moins pur que la cocaïne, est également nettement moins cher, donc accessible à des milieux défavorisés.

Autres appellations du crack : galette, caillou, freebase.

Les amphétamines

Produits de synthèse, les amphétamines trouvent leur origine dans l'éphédra, plante utilisée avant l'Ère chrétienne en Asie. Le plus souvent présentées sous forme de cachet, elles peuvent aussi être sous forme de capsules, de poudre (cristal) ou d'ampoules injectables. La consommation dans un cadre toxicomaniaque, pour le peu qu'on en connaisse actuellement, semble plutôt circonscrite à des milieux jeunes, branchés, dans des contextes proches de ceux de l'utilisation de l'ecstasy. D'autres les utilisent comme dopant ou comme coupe-faim.

Autres appellations pour les amphétamines : ice, cristal, pep, amphé, speed, Ordinator, Dinintel, Ephédrine, Ortenal, Survector.

Les produits à inhaler

Les produits à inhaler peuvent être de différentes sortes (colles, solvants, détachants, poppers, vernis, trichloréthylène, air sec, dérivés de pétrole). Les principes actifs de ces substances sont, parmi les plus connus, le trichloréthylène, l'éther et l'acétone. Les principaux utilisateurs sont les adolescents car l'accès est facile et le prix très bas. Les troubles engendrés peuvent être assez graves, tant sur le plan physique que psychique.

Les politiques en matière de drogue

La législation française repose sur la loi du 31 décembre 1970 qui ne distingue pas les substances illicites entre elles et qui a plusieurs objectifs : le premier est répressif (contre l'usage et le trafic de stupéfiants), le second est sanitaire (organisation du soin aux toxicomanes).

Tout en interdisant l'usage de drogues, la loi propose une alternative en terme de soin : l'injonction thérapeutique. Un individu interpellé pour usage de drogue pourra voir sa peine de prison remplacée par une obligation de soin (rendez-vous réguliers avec un médecin pour tenter de se débarrasser de sa dépendance). Cette loi est très controversée car, entre autres, elle ne s'applique pas à tous les types d'usages (en particulier l'usage expérimental ou occasionnel de cannabis) et la plupart des médecins considèrent que la démarche d'aller vers les soins doit venir de l'usager lui-même, faute de quoi elle est vouée à l'échec.

À partir des années quatre-vingt-dix, notamment pour lutter contre le sida et les maladies virales et infectieuses telles que les hépatites, l'idée de « réduction des risques » a fait son apparition en France. Elle consiste à aider les toxicomanes en termes sanitaires, même s'ils ne souhaitent pas ou ne peuvent pas arrêter leur consommation. Ainsi, se sont développés des programmes d'accueil proposant du matériel propre (seringues neuves) et donnant des conseils adaptés à cette population.

Un des éléments les plus récents de la réduction des risques est la substitution. Elle consiste à remplacer la dépendance aux drogues illicites (notamment l'héroïne) par des médicaments (méthadone, Subutex[®]) qui suppriment l'effet de manque qui intervient lors d'un sevrage. Elle se fait dans un cadre thérapeutique global. Les objectifs de cette prescription sont de favoriser :



- une insertion dans le suivi médicalisé pour soigner des pathologies associées à la toxicomanie ;
- une stabilisation de la consommation de drogues issues du marché illicite ;
- la diminution de l'injection, source de transmissions virale et infectieuse ;
- l'insertion sociale ;
- et d'envisager une vie sans dépendance.

Des controverses existent autour de cette notion, certains estimant que le remplacement d'une dépendance par une autre ne règle pas le problème. D'autres pays poussent encore plus loin le concept de réduction des risques en développant des programmes de distribution contrôlée de l'héroïne (Suisse, Pays-Bas, Angleterre) aux héroïnomanes qui ont échoué plusieurs fois dans des programmes de substitution. La question de l'usage de cannabis dans le traitement de la douleur pour certains grands malades se pose également dans le débat public.

Selon les informations dont on dispose actuellement, le cannabis aurait déjà été consommé par environ 20 % des adultes (au moins une fois au cours de leur vie) et environ 5 % d'entre eux en seraient des usagers occasionnels ou réguliers, alors que l'usage d'héroïne et de cocaïne ne concernerait qu'à peine 1 % d'entre eux. Dans d'autres pays européens (en Angleterre par exemple), ces chiffres peuvent être nettement plus élevés.

Des polémiques récentes ont été soulevées par certains médecins, politiques, mouvements et associations qui, s'appuyant sur des exemples étrangers (Pays-Bas), réclament la dépénalisation de l'usage du cannabis. Leur idée est que la prohibition d'un tel produit génère des effets néfastes (trafic, délinquance), alors que le cannabis lui-même ne présente pas un plus grand danger pour la santé que l'alcool ou le tabac notamment. À l'opposé, les partisans d'un maintien de la loi de 1970, loi condamnant l'usage de cannabis, refusent le concept de « drogue douce » et craignent l'escalade entre le cannabis et les autres substances pour lesquelles les risques de dépendance et sanitaires sont plus importants.

Les concepts en jeu sur certaines des questions du Baromètre sont les suivants :

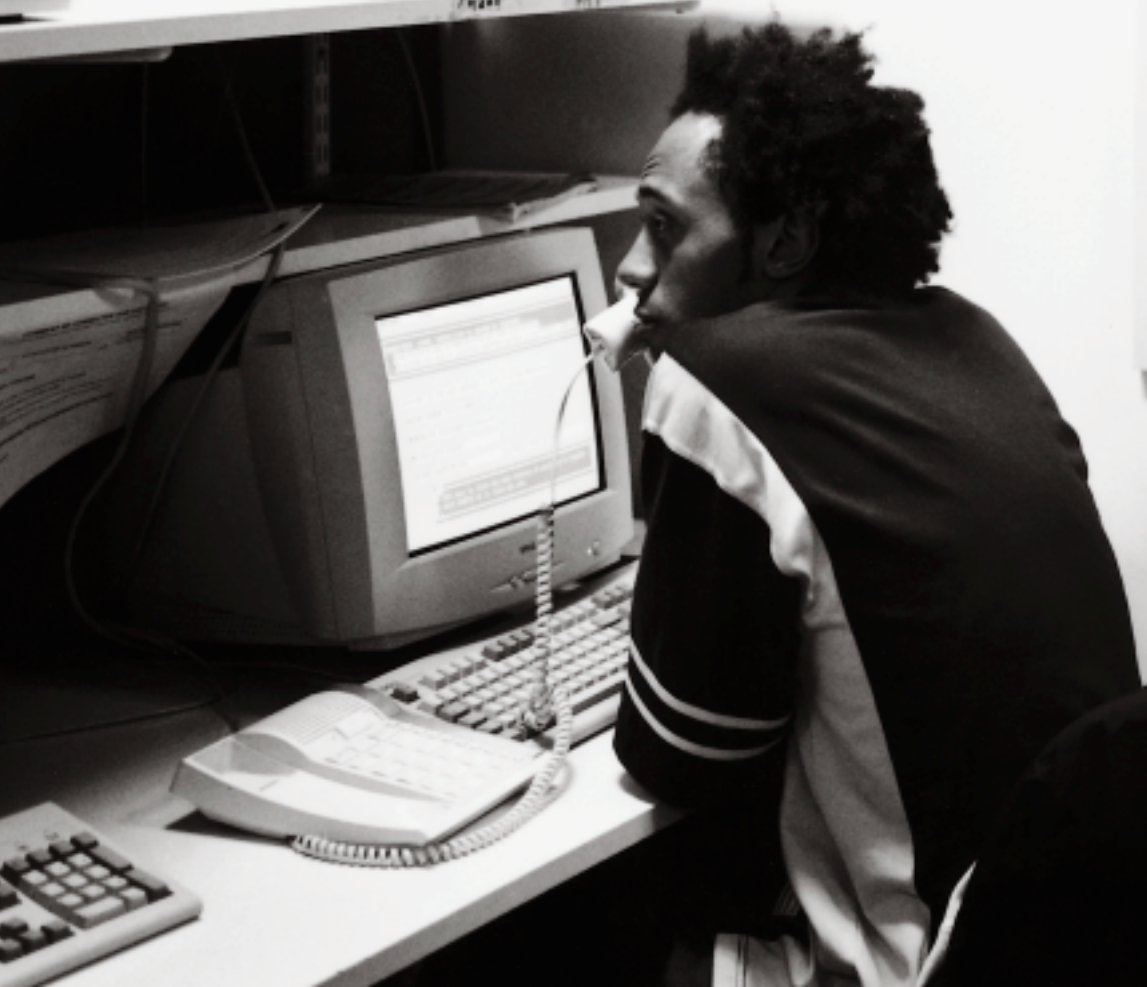
- dépénalisation : supprimer les peines de prison et/ou les amendes pour la consommation de drogue (usage simple et privé) ;
- légalisation de la consommation : autoriser la

vente et l'usage comme pour l'alcool et le tabac (contrôle étatique) ;

- libéralisation : lever les contraintes légales sur la consommation de drogue au nom des droits fondamentaux de l'être humain.

N° VERT DE MONTROUGE

0 800 08 9000







Protocole d'enquête

Matériel : le *Computer-Assisted Telephone Interviewing (Cati)*

Le Cati est un système informatique interactif utilisé pour aider les enquêteurs et les chefs d'équipe dans la collecte des données par téléphone. Les premiers à avoir utilisé ce système furent les organisations américaines de recherche en marketing au début des années soixante-dix. Puis quelques années après, ce furent les centres de recherche universitaires qui perfectionnèrent et développèrent cet outil. Enfin, au début des années quatre-vingt, les agences gouvernementales américaines commencèrent à utiliser ce système (*U.S. Census Bureau, the National Agricultural Statistics Service, etc.*).

En France, les instituts de sondages commencèrent à l'utiliser au milieu des années quatre-vingt. Avant ce système, les réponses des interviewés étaient notées par les enquêteurs sur questionnaire papier. Le système Cati offre l'avantage d'améliorer la qualité des données recueillies par une diminution des erreurs d'observation et par la possibilité d'un contrôle par les chefs d'équipe et les « clients » d'un certain nombre de paramètres. Il existe différents logiciels Cati (*Belview, Interviewer, Saxophone, etc.*) ; celui utilisé par BVA pour l'enquête Baromètre santé 2000 est le logiciel Pollux.

Ce dispositif a deux grands avantages :

◆ 1. La diminution des erreurs d'observation par :

- la gestion du déroulement logique du questionnaire, question par question ;
- le respect des filtres et des guidages prévus (permettant l'administration de modules de questionnaires spécifiques à certaines populations) avec éventuellement l'utilisation de tests logiques (si réponse Q1 = oui et Q2 > 3, alors poser Q3) ;
- l'organisation de rotations parfaitement aléatoires d'items ou de sous-questions ;
- le rappel d'une réponse pour l'afficher au cours d'une question ;
- le reprise d'une interview après interruption à l'endroit où celle-ci s'était arrêtée ;
- la possibilité de refuser la saisie de certaines réponses (âge incohérent, poids trop élevé, etc.).

◆ 2. La possibilité de contrôler certains paramètres par :

- le suivi en temps réel du nombre d'interviews réalisées ;
- le suivi de la durée moyenne des interviews ;
- le calcul des taux de refus (ménage et individuel) et du taux d'abandon du questionnaire ;
- le calcul du taux de refus par enquêteur ;
- l'accès pour les chefs d'équipe à l'écran de n'importe lequel des enquêteurs avec « double » écoute (vérification de la qualité d'administration de l'argumentaire de contacts avec les interviewés, bonne utilisation de la méthode anniversaire, respect du mot

à mot, de la neutralité du ton employé, respect des échelles et des éventuelles relances).

En outre, le logiciel Cati possède un module qui permet de préparer, d'organiser et de gérer le fichier des adresses fournies (tirage aléatoire, rappel des non-réponses à des heures et des jours différents, gestion automatique des rendez-vous).

Échantillonnage

Numéros de téléphone

Un premier fichier a été directement extrait de la liste exhaustive des abonnés de France Télécom. Le fichier informatisé le plus récent possible a été fourni par Groupadress¹. Le fichier France Télécom était exhaustif, même avec l'arrivée de concurrents pour les communications nationales, dans la mesure où il y avait toujours, en 1999, un monopole pour les communications locales. En revanche, le fichier ne comprenait pas les abonnés sur liste rouge. Plusieurs méthodes existent pour contacter ce type de ménage. Aux États-Unis, l'échantillonnage est le plus souvent réalisé par une génération aléatoire de numéros (RDD)², ce qui assure d'avoir, dans l'échantillon, des personnes sur liste rouge. En France, l'Institut Médiamétrie a été le premier à contacter des personnes sur liste rouge au début des années quatre-vingt-dix. Leur méthode consistait, globalement, à décliner les deux derniers chiffres des numéros de téléphone qui n'aboutissent pas à une interview jusqu'à l'épuisement de la base. Cette déclinaison partielle du numéro de téléphone aboutit au final à des numéros sur liste rouge dans la mesure où l'attribution d'un numéro sur liste rouge n'obéit pas à des règles particulières. La méthode employée dans le Baromètre santé 2000 reprenait celle utilisée précédemment lors du pilote de l'Enquête natio-

nale sur les violences envers les femmes en France (Enveff), réalisé par l'Institut de démographie de l'Université de Paris I et BVA en 1999³. Un premier fichier tiré de façon aléatoire et sans stratification a été constitué sur la base de 3 adresses pour 1 interview (estimation issue du pilote Enveff), soit environ 45 000 adresses. Tous les numéros de ce fichier ont ensuite été déclinés (dernier chiffre incrémenté de + 1), puis passés à l'annuaire inversé afin de disposer des noms et adresses correspondant aux numéros de téléphone ainsi créés. Les lettres annonce ainsi acheminées ont moins souvent trouvé leur destinataire que lors des précédentes enquêtes, car l'annuaire inversé semble être moins régulièrement actualisé que le fichier France Télécom. Dans trois cas de figure, l'annuaire inversé ne retrouvait pas de nom associé à un numéro (environ 40 % des adresses déclinées) :

- lorsqu'il s'agissait d'un numéro interne d'entreprise (les déclinaisons par poste du numéro de l'entreprise) ;
- lorsque le numéro n'était pas attribué ;
- lorsqu'il s'agissait d'un numéro sur liste rouge.

Le fichier engagé dans l'étude a été scindé en plusieurs blocs afin de s'assurer une meilleure gestion des rendez-vous. Les différents blocs obtenus étaient de taille équivalente pour respecter le caractère aléatoire de l'enquête. Les derniers blocs ont été engagés au vu du taux d'utilisation des premiers blocs.

Procédure d'appel téléphonique et sélection de la personne éligible

Chaque numéro de téléphone a été appelé au maximum douze fois⁴ entre 17 heures et 21 heures en semaine, et entre 10 heures et 18 heures le samedi, l'enquêteur laissant sonner douze coups. Au bout de trois tentatives infructueuses en soirée, les tentatives 4 et 5 étaient effectuées en journée. Les

1. BVA passe par l'intermédiaire de cette société privée plutôt que par le Service national de l'annuaire téléphonique (Snat).

2. Explication donnée aux personnes contactées sur liste rouge pour justifier l'appel.

3. Depuis, d'autres enquêtes ont inclus des personnes dont le numéro de téléphone est sur liste rouge : Cocon, KABP sida.

4. En comparaison : douze tentatives pour l'enquête ACSF, quinze tentatives pour l'enquête Enveff.



numéros occupés étaient recomposés automatiquement 30 minutes plus tard. Les appels aboutissant sur un répondeur étaient considérés comme des non-réponses. Dans ce cas, le numéro était recomposé automatiquement 90 minutes plus tard. Pour être éligible, un ménage devait comporter au moins une personne âgée de 12 à 75 ans, parlant le français et ayant son domicile principal au numéro composé. À l'intérieur de chaque foyer, l'individu éligible, âgé de 12 à 75 ans, était sélectionné par la méthode anniversaire⁵ (individu dont l'anniversaire était le prochain à venir) qui a été préférée à la méthode « Kish » en raison de la simplicité de sa mise en place. Si la personne retenue était présente et disponible au moment du contact ménage, le questionnaire lui était immédiatement administré. Si elle le souhaitait, un rendez-vous téléphonique lui était proposé. Si elle était absente ou indisponible, un rendez-vous était pris en fonction des disponibilités déclarées par ses proches. Pour l'interrogation des 12-14 ans, avant de procéder au questionnement, l'enquêteur validait l'accord de participation du jeune sélectionné auprès d'au moins un des parents. Les interruptions momentanées de questionnaire étaient possibles dès que l'interviewé devait s'interrompre pour des raisons personnelles au cours de l'entretien, ou bien s'il ne sentait plus à son aise pour répondre à cause de la présence d'une tierce personne. Dans ce cas, un rendez-vous était fixé avec l'interviewé. L'ensemble de ces procédures est utilisé depuis le premier Baromètre santé 92, seul le nombre de tentatives d'appel a été augmenté (*Tableau I*).

Dispositif pour limiter les refus ménages et individus

Pour favoriser la participation des individus à l'enquête, trois démarches ont été entreprises. La constitution d'une liste d'arguments pour faire face aux différents motifs de refus avancés par les personnes appelées (avec le respect de leur droit de refus). La réalisation de jeux de rôle entre les en-

Tableau I

Nombre de tentatives d'appel par enquête

Nombre de tentatives	Enquêtes
8	Baromètre santé adultes 92 Baromètre santé adultes 93/94
10	Baromètre santé adultes 95/96 Baromètre santé nutrition 96 Baromètre santé jeunes 97/98 Baromètre santé médecins généralistes 98/99
12	Baromètre santé 2000

quêteurs et les chefs d'équipe afin de maîtriser au mieux les différents arguments. La mise à disposition, pour les personnes contactées, d'un numéro vert (gratuit) disponible tous les jours de l'enquête afin de garantir aux personnes qu'il s'agissait bien d'une enquête réalisée par BVA pour le compte du CFES et afin d'apporter des précisions sur l'intérêt de l'étude en terme de prévention.

Carnet de route

Le carnet de route est la partie du questionnaire qui amorce le dialogue avec l'individu appelé, motive sa participation, procède à la sélection de l'individu interrogeable et qualifie la non-participation à l'enquête. Chaque enquêteur disposait d'un document papier qui reprenait les consignes importantes du protocole, ainsi que les principes de base dans la passation du questionnaire.

5. Méthode utilisée depuis le premier Baromètre santé.



Questionnaire prise de contact

Q1

★ Enquêteur : avant composition du numéro de téléphone...

- 1 Pas dans la liste des noms refusant de participer à l'enquête
- 2 Fait partie de la liste des noms
- 3 Entrée
- 4 Rendez-vous refus par lettre

Q2

★ Enquêteur : après composition du numéro de téléphone.

- 1 Décroche
- 2 Numéro occupé
- 3 Non-réponse

Q3

★ Enquêteur : si refus, bien insister sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une enquête commerciale mais d'une étude de santé publique. Vous travaillez pour le CFES, le Comité français d'éducation pour la santé, c'est une institution qui travaille en collaboration avec le ministère de la Santé et a en charge les actions nationales de prévention et d'information.

★ Si adresse ayant reçu la lettre du CFES : ne pas hésiter à en parler.

- 1 Interlocuteur foyer
- 2 Collectivité (caserne, maison de retraite), entreprise, modem, fax, faux numéro)
- 3 Répondeur
- 4 Non francophone

Q4

★ Enquêteur : préciser.

- 1 Entreprise
- 2 Disque France Télécom, faux numéro
- 3 Fax, modem
- 4 Caserne
- 5 Résidence universitaire
- 6 Maison de retraite
- 7 Communauté religieuse
- 8 Prison
- 9 Autres

Q5 **Y a-t-il quelqu'un qui parle français ?**

★ Enquêteur : si dialogue impossible ou raccroche, coder non. Si refus, bien insister sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une enquête commerciale mais d'une étude de santé publique. Vous travaillez pour le CFES, le Comité français d'éducation pour la santé,

c'est une institution qui travaille en collaboration avec le ministère de la santé et a en charge les actions nationales de prévention et d'information. Cette enquête permettra de mieux connaître les comportements des personnes résidant en France en matière de santé et d'orienter ainsi la prévention et l'information.

- 1 Oui
- 2 Oui, rendez-vous
- 3 Non

Q6 **Est-ce que je peux lui parler maintenant ?**

★ Enquêteur : si refus, bien insister sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une enquête commerciale mais d'une étude de santé publique. Vous travaillez pour le CFES, le Comité français d'éducation pour la santé, c'est une institution qui travaille en collaboration avec le ministère de la santé et a en charge les actions nationales de prévention et d'information. Cette enquête permettra de mieux connaître les comportements des personnes résidant en France en matière de santé et d'orienter ainsi la prévention et l'information.

- 1 Oui
- 2 Non, prise de rendez-vous
- 3 Refus
- 4 Raccroche

Q7 **Bonjour, je suis [nom de l'enquêteur] de BVA, je travaille pour le compte du CFES, le Comité français d'éducation pour la santé. C'est une institution qui travaille en collaboration avec le ministère de la Santé et a en charge les actions nationales de prévention et d'information. Je vous appelle suite à la lettre que le CFES vous a envoyée il y a quelque temps, au sujet d'une étude nationale sur la santé, réalisée auprès de 13 000 personnes âgées de 12 à 75 ans. Pouvez-vous me dire s'il y a au moins une personne âgée de 12 à 75 ans qui habite régulièrement ici ?**

★ Enquêteur : ne pas demander si lettre reçue. À tous les interviewés. Les réponses qui seront données sont anonymes et strictement confidentielles.

- 1 Oui, lettre reçue



- 2 Oui, lettre non reçue
- 3 Oui, sans commentaire
- 4 Oui
- 5 Oui, rendez-vous
- 6 Aucune personne âgée de 12 à 75 ans
- 7 Refus de répondre avec au moins une personne âgée de 12 à 75 ans
- 8 Refus sans précision
- 9 Raccroche, sans rien dire
- 10 Personne de passage, n'habite pas dans le foyer

Q8 **Votre numéro de téléphone a été tiré au hasard. Pour des raisons statistiques, il est nécessaire de tirer au sort quelqu'un de votre domicile, âgé de 12 à 75 ans, qui participera à notre étude. Pour cela, je vais d'abord vous demander si je vous appelle à votre domicile habituel ?**

★ Enquêteur : bien vérifier qu'il s'agit du domicile principal de l'interviewé.

- 1 Oui
- 2 Oui, prise de rendez-vous
- 3 Non
- 4 Refus
- 5 Raccroche
- 6 Personne de passage, n'habitant pas dans ce foyer

Q9 **Bonjour, je suis [nom de l'enquêteur], je vous rappelle au sujet de l'étude nationale que réalise actuellement le CFES, le comité français d'éducation pour la santé, auprès de 13 000 personnes âgées de 12 à 75 ans. Vos réponses nous aideront à mieux connaître les comportements de l'ensemble des personnes résidant en France en matière de santé et ainsi d'orienter la prévention et l'information. Pourrais-je parler à :**

★ Enquêteur : si refus, bien insister sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une enquête commerciale mais d'une étude de santé publique.

- 1 Oui, tout de suite
- 2 Oui, rendez-vous
- 3 Non, refus, je ne veux pas vous la passer
- 4 Non, impossible (non francophone, absence longue, incapacité physique)

Q10 **Impossibilité**

★ Enquêteur : préciser la raison de cette impossibilité.

- 1 Non francophone
- 2 Absence de longue durée
- 3 Incapacité physique/mentale
- 4 Autre non éligible

Q11 **S'agit-il d'une résidence secondaire ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Non, rendez-vous

Q12 **Pouvez-vous me dire combien de personnes âgées de 12 à 75 ans habitent chez vous, dans votre foyer, y compris vous-même ?**

Q13 **Cette personne est-elle présente actuellement ?**

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 Oui, c'est moi
- 2 Oui, c'est quelqu'un d'autre que moi
- 3 Non, elle est absente (saisir le prénom de cette personne dans la question suivante)

Q14 **Pour déterminer la personne qui participera à notre étude, pouvez-vous me dire quelle personne âgée de 12 à 75 ans aura son anniversaire en premier, à partir d'aujourd'hui, même si cette personne n'est pas chez vous aujourd'hui.**

★ Enquêteur : assurez-vous que cette personne a bien entre 12 et 75 ans et qu'elle habite là ou vous appelez.

Q15 **Quelle est la personne sélectionnée ?**

- 1 Elle-même
- 2 Autrui

Q16 **Âge de la personne**

★ Enquêteur : noter l'âge de la personne sélectionnée. Si NSP coder 99.

Q17 **Est-ce que je peux parler à...**

★ Enquêteur : citer le prénom de la personne sélectionnée.

- 1 Oui, tout de suite
- 2 Oui, rendez-vous
- 3 Non, impossible
- 4 Non, refus

Q18 Impossibilité

★ Enquêteur : préciser la raison de cette impossibilité.

- 1 Non francophone
- 2 Absence de longue durée
- 3 Incapacité physique/mentale
- 4 Autre non éligible

Q19 Je vous rappelle que cette étude est strictement anonyme. Vos réponses sont recueillies sans mention de vos numéro de téléphone, nom et adresse. Vos réponses nous aideront à réaliser une enquête importante sur la santé. Elle permettra de mieux connaître les comportements de l'ensemble des personnes résidant en France en matière de santé et ainsi d'orienter la prévention et l'information. L'entretien téléphonique durera entre 20 et 30 minutes. Merci d'accepter de répondre à cette étude.

★ Enquêteur : si refus, bien insister sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une enquête commerciale mais d'une étude de santé publique.

- 1 Acceptation
- 2 Refus de la personne sélectionnée
- 3 Rendez-vous

Q20 Avez-vous la possibilité en ce moment d'être au calme pour répondre ?

- 1 Oui
- 2 Non

Q21 Préférez-vous que je vous rappelle ?

- 1 Oui, préfère être rappelé
- 2 Non, interview immédiate

Questionnaire refus

Q22 Nous comprenons que vous ne souhaitez pas répondre à cette étude et nous respectons votre liberté. Cependant, comme je vous l'ai dit, cette étude doit permettre de définir la prévention. Il est donc fondamental pour la qualité de nos recherches d'avoir quelques informations sur les catégories de personnes qui ne souhaitent pas répondre. Compte tenu de cet objectif, accepteriez-vous juste de m'indiquer votre âge, votre situation actuelle/catégorie professionnelle et le motif de votre refus, à des seules fins statistiques ? Je vous rappelle que cette étude est strictement anonyme. Vos réponses sont recueillies sans mention de vos numéro de téléphone, nom et adresse. Vos réponses nous aideront à réaliser une enquête importante sur la santé. Elle permettra de mieux connaître les comportements de l'ensemble des personnes résidant en France en matière de santé et ainsi d'orienter la prévention et l'information.

★ Enquêteur : pour une dernière relance : bien insister sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une enquête commerciale mais d'une étude de santé publique.

- 1 Oui
- 2 Non

Q23 Quel est votre âge ?

★ Enquêteur : coder 99 pour ne veut pas dire.

Q24 Concernant votre situation actuelle, êtes vous :

★ Enquêteur : énumérer.

- 1 À l'école
- 2 À l'université
- 3 En apprentissage
- 4 En formation alternée
- 5 Au chômage
- 6 Dans un processus d'insertion
- 7 Vous travaillez
- 8 Ne veut pas répondre



Q25 Quelle est votre profession ?

- 1 Agriculteur exploitant (à son compte)
- 2 Artisan, petit commerçant (à son compte)
- 3 Chef d'entreprise de plus de 10 salariés (à son compte)
- 4 Profession libérale (à son compte, sauf paramédical)
- 5 Professeur, profession scientifique (salarié)
- 6 Cadre et autre profession intellectuelle supérieure (salarié)
- 7 Profession intermédiaire (salarié ou paramédical)
- 8 Instituteur ou assimilé (salarié)
- 9 Employé (salarié)
- 10 Personnel de service (salarié)
- 11 Ouvrier, ouvrier agricole
- 12 Retraité
- 13 Élève, étudiant
- 14 Autre inactif
- 15 Ne veut pas dire
- 10 Panne de téléphone
- 11 Raccroche pendant le carnet de route
- 12 Refus : questionnaire trop long
- 13 Refus : pas le temps
- 14 Refus : ne répond pas par téléphone
- 15 Refus : ne répond que par écrit
- 16 Refus : ne répond pas aux sondages
- 17 Refus : enquête sur la santé
- 18 Refus : ne se sent pas concerné
- 19 Refus : à cause de l'âge de la personne sélectionnée : trop jeune
- 20 Autre motif de refus
- 21 Refus sans précision
- 22 Stop inter : interruption en cours de questionnaire
- 23 Rendez-vous questionnaire
- 24 Refus : numéro sur liste rouge ou orange

Q26 Votre refus de répondre à l'interview serait plutôt lié à ?

★ Enquêteur : il s'agit de la raison principale.

- 1 La durée du questionnaire : trop longue
- 2 N'a pas le temps de répondre
- 3 L'enquête téléphonique : ne répond pas au téléphone
- 4 Ne répond que par écrit
- 5 Ne répond pas aux sondages
- 6 À cause du sujet de l'enquête : enquête sur la santé
- 7 Ne se sent pas concerné
- 8 À cause de l'âge de la personne sélectionnée : trop jeune, refus des parents
- 9 Numéro sur liste rouge ou orange : on ne doit pas pouvoir les contacter/déranger
- 10 Autre motif de refus
- 11 Ne veut pas dire

Q27 Sexe de la personne :

- 1 Homme
- 2 Femme

Q28 Recodification des abandons

- 1 Retour questionnaire
- 2 Entreprise, bip sonore, collectivité, fax, le numéro n'est plus attribué
- 3 Foyer non francophone
- 4 Résidence secondaire
- 5 Absence longue durée
- 6 Incapacité physique/mentale
- 7 Personne sélectionnée non francophone
- 8 Autre non éligible
- 9 Aucune personne éligible dans le foyer (pas de 12-75 ans)



Principaux arguments utilisés pour motiver la participation des personnes

Personnes sur liste blanche ou orange

- Si la personne déclare ne pas avoir le temps de répondre, lui proposer un rendez-vous.
- Ne pas oublier que la personne qui répond au téléphone ne sera pas forcément la personne qui répondra à l'enquête, notamment si la personne déclare ne pas avoir le temps de répondre.
- L'interlocuteur ne peut refuser pour quelqu'un d'autre de sa famille : par exemple, sa femme, sa sœur, ses enfants (sauf pour les moins de 15 ans).
- Bien insister sur le fait que cette étude respecte la vie privée des interviewés : l'étude est anonyme et le numéro de téléphone est détruit en fin de questionnaire par l'ordinateur.
- Rappeler que la validité scientifique de l'enquête dépend d'un taux de participation élevé.
- Ne pas oublier de rappeler la périodicité de l'enquête comme gage de sérieux : c'est une enquête qui a lieu tous les trois ans.
- Pour ceux qui ont des enfants ou des petits-enfants, les sensibiliser au fait que cette enquête peut permettre de prévenir les accidents chez les enfants, entre autres. On a pu constater qu'il y a plus de morts causées par des accidents domestiques que par des accidents de circulation. De même, les balcons des immeubles sont désormais transparents, afin que les enfants ne soient plus tentés de les escalader pour voir ce qu'il y a derrière. Citez aussi l'exemple des accidents de la vie courante qui ont sensiblement diminué depuis 1983 chez les moins de 15 ans : de 1 500 décès, on est passé à 400 décès par an.
- Si la personne considère que ce n'est pas une bonne façon de dépenser l'argent public, relancer sur l'intérêt financier de l'étude. Plutôt que de dépenser en soins, on préfère dépenser en prévention dans tous les domaines (la prévention coûte beaucoup moins cher). Citer aussi l'exemple suivant : un franc investi en prévention des accidents, c'est 25 francs économisés en soins... « *mieux vaut prévenir que guérir !* ».
- Si quelqu'un vous répond qu'il ne se sent pas concerné parce qu'il est en bonne santé, lui répon-

dre que c'est aussi intéressant pour nous d'en connaître les raisons.

- Insister sur le fait que ce type d'étude permet de prévenir les accidents domestiques ou le cancer, par exemple. Ce sont aussi des études du type de celle que nous réalisons actuellement qui sont à l'origine des campagnes de prévention comme : « *Un verre ça va, trois verres... Bonjour les dégâts !* », « *L'énergie c'est pas fait pour partir en fumée* », « *Tu t'es vu quand t'as bu ?* », etc.
- Citer aussi l'exemple de l'étude Baromètre santé jeunes 97/98 : les résultats ont été communiqués aux éducateurs, médecins, infirmiers et autres professionnels de la santé pour améliorer leur approche de l'éducation pour la santé.
- Donner des informations sur la publication des résultats : elle devrait avoir lieu à partir de juin 2000, et des articles paraîtront dans les journaux à grand tirage (*Le Monde, Libération, Le Figaro*, etc.).
- Les résultats des études précédentes : les personnes qui aimeraient les connaître peuvent téléphoner au CFES.
- Si opposition d'ordre politique (à cause de la couleur politique du ministre de la Santé), préciser qu'il y a des questions où l'interviewé(e) peut faire part de son insatisfaction ou de son manque d'information, et que cette enquête est réalisée quelle que soit la couleur politique du ministre en fonction.
- Distinguer cette enquête d'une démarche de marketing.
- Expliquer pourquoi il y a un questionnaire de refus : il s'agit de savoir si les personnes qui refusent ont un profil différent de celles qui acceptent. Ne le faire, en revanche, que lorsque le refus est certain, la priorité restant l'acceptation de la personne sélectionnée.
- Quelques données épidémiologiques :
 - la mortalité par alcoolisme : réduction de 600 décès par an au cours de la dernière décennie ;
 - taux de vaccination rougeole-oreillons-rubéole : 59 % en 1990, 81 % en 1994 ;
 - il y a environ 2 millions de chutes par an chez les 65 ans et plus.



Personnes sur liste rouge

- Proposer de faxer la lettre annonce à leur lieu de travail.
 - Sur une adresse liste rouge, faire la même accroche que sur une liste blanche : faire comme si la totalité des numéros de téléphone avait été générée par l'ordinateur et donner l'objectif de l'étude juste après l'avoir présentée. Ne démarrer l'argumentaire « liste rouge » que lorsque l'interviewé(e) a dit qu'il était sur liste rouge et indiquez que vous ne le saviez pas par la phrase suivante : « *Vous faites donc partie des listes rouges ?* ».
 - Rappeler aux personnes sur liste rouge qu'elles ne sont jamais interrogées, alors qu'elles sont également représentatives de la population française. On estime qu'elles sont environ 10 à 12 millions en France. On ne peut donc se passer de les interroger pour une étude d'utilité publique.
- Expliquer l'origine des numéros liste rouge et insister sur le fait qu'il était hors de question de demander à France Télécom de nous communiquer les numéros de téléphone « liste rouge ». Nous avons décidé de créer par ordinateur des milliers de numéros de téléphone. La méthode que nous avons utilisée consiste à composer des numéros de téléphone au hasard pour arriver à joindre toutes les personnes résidant en France (*ce qui est plus facilement compréhensible*).
 - La lecture de la lettre, en totalité ou en partie, peut aider à obtenir un accord de participation à l'étude.
 - Dire aussi que leur numéro de téléphone sera effacé en fin de questionnaire.
 - Lorsqu'il est nécessaire d'envoyer une lettre annonce à une liste rouge, insister sur le fait que l'adresse est uniquement notée sur l'enveloppe.



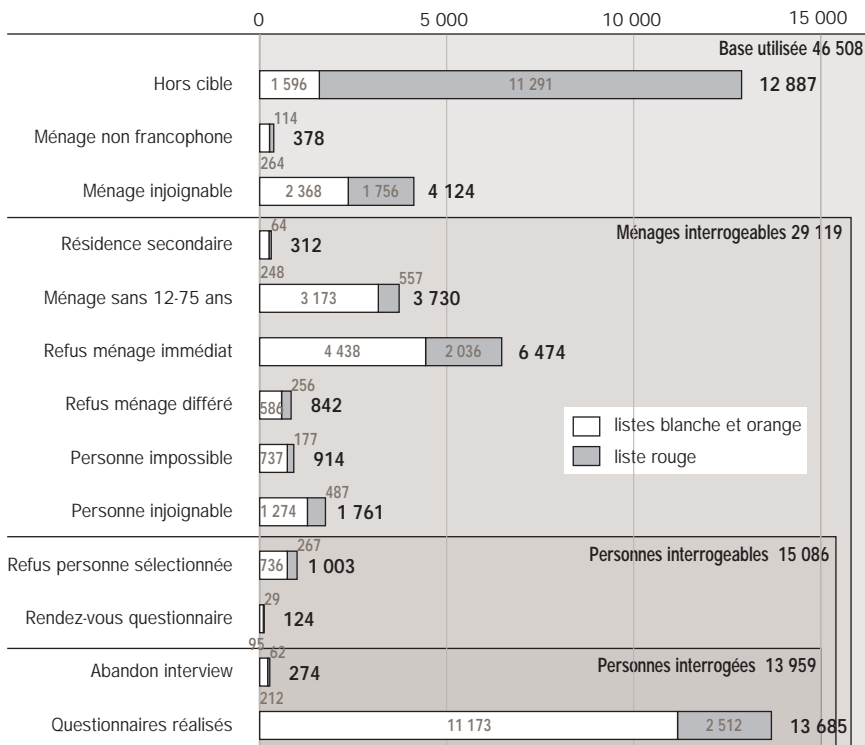
Bilan du terrain

Cette partie présente dans le détail l'utilisation du fichier d'adresses initial (après déclinaison), les différents taux de refus (natio-

naux et régionaux), les réponses au questionnaire des personnes ayant refusé de participer à l'enquête, ainsi que les impres-

Figure 1

Découpage des adresses consommées (listes blanches, orange et rouges)



sions des enquêteurs après la réalisation de l'enquête.

Consommation des adresses

À partir du découpage des adresses consommées (Figure 1), il est possible de calculer les taux de refus ménage, taux de refus individu et le taux d'abandon.

Refus ménage

Le refus ménage correspond au refus exprimé par la personne qui a décroché le téléphone. Il constitue la part la plus importante de l'ensemble des refus exprimés, alors que la personne n'est pas nécessairement éligible, pas toujours celle qui aurait été sélectionnée (si éligible), ni la personne qui a lu la lettre annonce.

Taux de refus du ménage immédiat

$$= \text{TRMI} = \frac{\text{Refus ménage immédiat}}{\text{Ménages interrogeables}} = \frac{6\,474}{29\,119} = 22,23 \%$$

Taux de refus du ménage différé

$$= \text{TRMD} = \frac{\text{Refus ménage différé}}{\text{Ménages interrogeables}} = \frac{842}{29\,119} = 2,89 \%$$

Avec 29 119 = Base utilisée – Hors cible (faux numéro ou entreprises) – Ménage non francophone – Ménage injoignable.

Taux de refus ménage = (TRMI + TRMD) = 25,12 %

Refus individu

Le refus individu correspond au refus exprimé par la personne éligible et sélectionnée par la méthode anniversaire.

Taux de refus individu

$$= \frac{\text{Refus personne sélectionnée}}{\text{Personnes interrogeables}} = \frac{1\,003}{15\,086} = 6,65 \%$$

Avec 15 086 = Base utilisée – Hors cible (faux numéro ou entreprises) – Ménage non francophone – Ménage injoignable – Refus ménage immédiat (refus de l'interlocuteur du foyer avant la sélection de la personne éligible) – Refus ménage différé (refus de l'interlocuteur du foyer de passer la per-

sonne sélectionnée) – Ménage sans 12-75 ans – Résidence secondaire – Personne injoignable – Personne impossible (absence longue durée, individu sélectionné non francophone, incapacité physique ou mentale).

Taux d'abandon

Le taux d'abandon regroupe principalement (mais pas exclusivement) les personnes qui ont interrompu définitivement l'interview parce qu'elles n'étaient plus motivées pour continuer à répondre aux questions.

$$\text{Taux d'abandon} = \frac{274}{13\,959} = 1,96 \%$$

Avec 13 959 = Base utilisée – Hors cible – Ménage non francophone – Ménage injoignable – Refus ménage immédiat – Refus ménage différé – Ménage sans 12-75 ans – Résidence secondaire – Personne injoignable – Personne impossible – Refus personne sélectionnée – Rendez-vous questionnaire.

Évolution depuis la première enquête

Le Baromètre santé 2000 présente un taux de refus ménage plus élevé que les autres enquêtes, mais un taux de refus individuel identique voire inférieur (Figure 2). Le taux d'abandon est nettement inférieur à ceux observés les autres années (sauf pour le Baromètre santé jeunes 97/98). Par ailleurs, les chiffres, pour les listes rouges, sont respectivement : 35,5 %, 9,3 % et 2,4 % pour le taux de refus ménage, le taux de refus individu et le taux d'abandon.

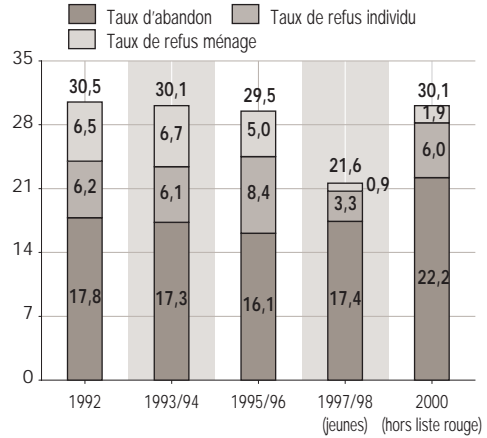
Questionnaire refus

Il était difficile pour les enquêteurs de remplir de façon systématique le questionnaire destiné aux personnes ne souhaitant pas participer à l'enquête, car ils devaient constamment faire un arbitrage entre « convaincre à tout prix la personne de participer à l'enquête et risquer qu'elle raccroche sans explications » et « faire passer tout de suite le questionnaire refus en ayant l'impression

qu'ils n'avaient peut-être pas assez insisté auprès d'elle ». Les résultats montrent que la proportion de femmes ayant refusé de répondre à l'enquête est supérieure à celle des hommes (59 % versus 41 %), qu'il s'agit le plus souvent de personnes âgées de 65-75 ans (25 %) (Figure 3) et que les motifs les plus souvent avancés sont : le fait de ne pas se sentir concerné (14 %), le fait de ne pas répondre aux sondages (par principe) (10 %) et le manque de temps (11 %). La situation la plus fréquente reste cependant celle du refus sans précision (19 %) (Tableau I). Les motifs de refus exprimés par les personnes sur liste rouge sont assez proches de ceux des sujets sur liste blanche ou orange. La principale raison reste cependant le fait de les avoir contactées alors que leur numéro de téléphone n'est pas dans l'annuaire (23 %). Elles semblent pourtant être moins averses au principe de sondage (8 % versus 11 %) et plus intéressées par le thème de la santé. Cette relative acceptation des sondages en général peut être la conséquence d'une moindre sollicitation, les enquêtes téléphoniques incluant les listes rouges étant, à ce jour, rares. Par ailleurs, le fait qu'il y ait une part plus importante de femmes inscrites sur liste rouge (et plutôt jeunes) peut expliquer que le désintérêt pour

Figure 2

Les différents indicateurs de participation aux enquêtes Baromètre santé en population générale



le sujet de l'enquête ait été moins important parmi ces listes (Tableau I).

L'analyse des refus par profession ou par situation professionnelle recoupe en partie les motifs liés au manque de temps et au fait de se sentir peu ou pas concerné par une enquête sur les comportements de santé (Tableau II).

Figure 3

Structure par âge des personnes ayant répondu au questionnaire refus (n=643)

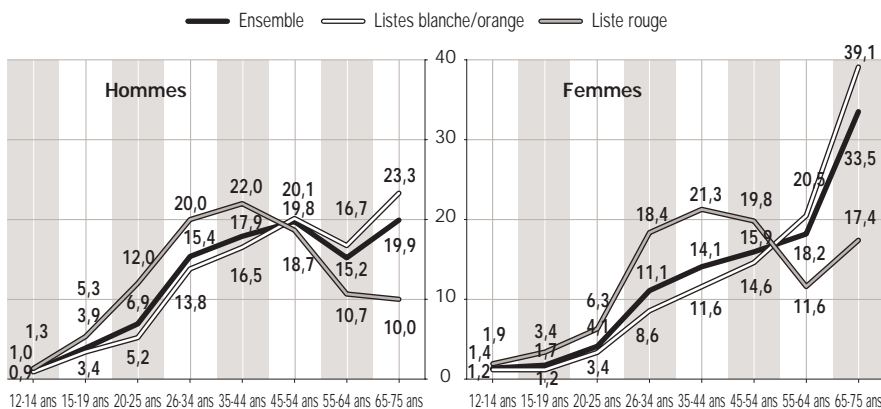


Tableau I

Liste des principaux motifs du refus (en pourcentage)

	Ensemble	Listes blanche/orange	Liste rouge
La durée du questionnaire est trop longue	5	5	4
N'a pas le temps de répondre	11	11	12
Ne répond pas aux sondages par téléphone	7	7	6
Ne répond aux sondages que par écrit	1	1	1
Ne répond pas aux sondages	10	11	8
Parce qu'il s'agit d'une enquête sur la santé	5	6	4
Ne se sent pas concerné(e)	14	16	10
Numéro sur liste rouge : on ne doit pas les contacter/déranger	8	0	23
Refus des parents car l'enfant sélectionné est trop jeune	1	1	1
Autre motif de refus	19	22	14
Refus sans précision	19	19	18

Tableau II

Activité professionnelle de la personne ayant refusé de participer à l'enquête parmi les plus de 30 ans (en pourcentage)

	Ensemble	Listes blanche/orange	Liste rouge
Agriculteur exploitant (à son compte)	2	2	1
Artisan/petit commerçant (à son compte)	2	2	4
Chef d'entreprise de plus de 10 salariés	1	+	1
Profession libérale (à son compte)	2	1	2
Professeur/Profession scientifique	1	1	2
Cadre et autre profession intellectuelle supérieure (salarié)	5	4	5
Profession intermédiaire (salarié ou paramédical)	7	6	10
Instituteur ou assimilé/Paramédical	1	1	1
Employé	13	12	16
Personnel de service	1	2	1
Ouvrier/ouvrier agricole	9	8	9
Retraité	35	41	19
Élève/étudiant	0	+	1
Autres inactifs	10	9	11
Non-réponse	12	10	18

Évolution des indicateurs nationaux au cours de l'enquête

13 685 interviews ont été réalisées au final, pour une durée moyenne de 34 minutes. En moyenne, le nombre d'interviews réalisées par semaine a été de 1 240 (Figure 4). Ce chiffre a varié entre 1 933 et 85 (lors de la dernière semaine) questionnaires réalisés.

Les grandes variations correspondent aux différentes vagues de recrutement d'enquêteurs.

La proportion de numéros de téléphone hors cible sur toute la période de l'enquête a été de 27,7 % ; ce pourcentage diffère bien évidemment selon que l'on considère les listes rouges (57,6 %) ou les listes blanches/orange (5,9 %) (Figure 5). Ce taux élevé de numéros hors cible s'explique par

le fait que les numéros de téléphone ont été déclinés et que la probabilité de tomber sur un numéro non attribué ou une entreprise a été logiquement plus importante que les autres années.

Le taux de questionnaires réalisés est de 40,7 % si l'on prend en compte les seuls ménages contactables (c'est-à-dire en enlevant les numéros hors cible) : 44,2 % parmi les listes blanches/orange et 30,2 % parmi les listes rouges.

Plusieurs autres différences ont pu aussi être remarquées entre les listes blanches/orange et les listes rouges. Tout d'abord, la proportion de ménages non francophones est légèrement plus importante pour les listes rouges (1,4 %) que pour les listes blanches/orange (1,0 % ; $p < 0,05$) (Figure 6). Même si, globalement, ce pourcentage reste très faible (1,1 % des ménages contactables).

En ce qui concerne la proportion de ménages injoignables (c'est-à-dire après les douze tentatives), elle est aussi plus importante parmi les listes rouges (Figure 7). Il faut noter que les deux proportions sont restées stables pendant toute l'enquête. Par ailleurs, 11,1 % des ménages contactables ne comportaient pas de personnes entre 12 et 75 ans (Figure 8). Cette proportion est plus importante chez les listes blanches/orange, avec en moyenne sur tout l'échantillon 12,5 % de ménages contre 6,7 % chez les listes rouges ($p < 0,001$).

La proportion de numéros de téléphone correspondant à des résidences secondaires est de 1,0 % en listes blanches/orange et de 0,8 % en liste rouge (non significatif) (Figure 9).

Le taux de refus des ménages a été très rapidement constant (Figure 10). Autour de 35 % pour les listes rouges et 22 % pour les listes blanches/orange ($p < 0,001$).

Le taux de refus individuel est resté également stable pour les listes blanches/orange (6 %) comme pour les listes rouges après un petit pic la première semaine (9 % ; $p < 0,001$) (Figure 11).

Lorsque l'on considère le taux d'abandon en cours d'interview, on note qu'il n'a jamais été

Figure 4

Nombre d'interviews réalisées en parallèle avec la base téléphonique utilisée

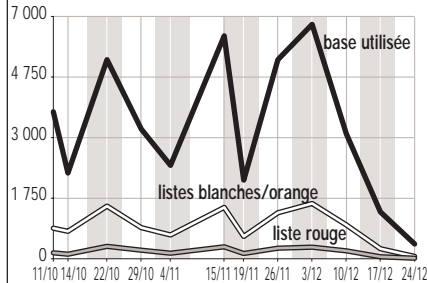


Figure 5

Proportion des appels hors cible selon la liste du numéro (en pourcentage)

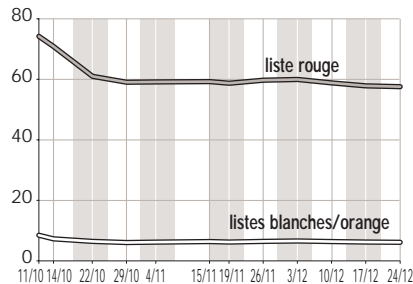


Figure 6

Proportion des ménages non francophones selon la liste du numéro (en pourcentage)

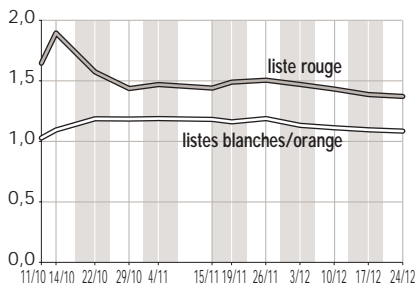


Figure 7

Proportion des ménages injoignables selon la liste du numéro (en pourcentage)

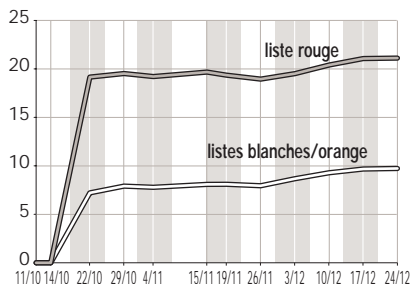


Figure 10

Taux de refus des ménages selon la liste du numéro (en pourcentage)

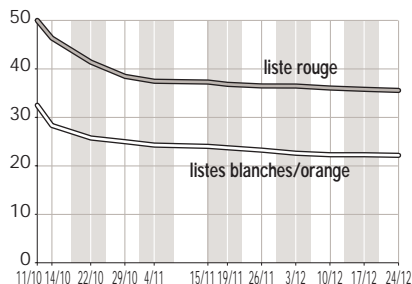


Figure 8

Proportion des ménages sans personne de 12 à 75 ans selon la liste du numéro (en pourcentage)

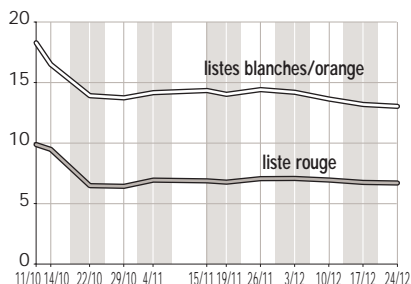


Figure 11

Taux de refus individuel selon la liste du numéro (en pourcentage)

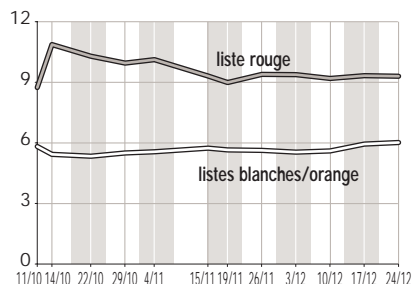


Figure 9

Proportion des appels à des résidences secondaires selon la liste du numéro (en pourcentage)

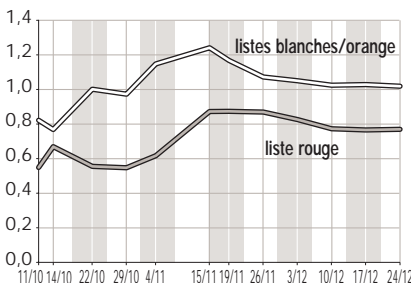
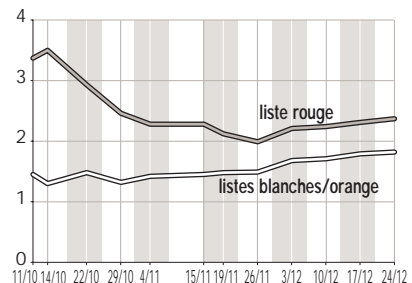


Figure 12

Taux d'abandon selon la liste du numéro (en pourcentage)



très élevé, mais cependant toujours plus fort pour les listes rouges (Figure 12). Le taux d'abandon pour ce groupe de personnes a notablement baissé dans les premières semaines de l'enquête, preuve, probablement, de l'efficacité accrue des enquêteurs pour « accrocher » ce public. Ainsi, le taux d'abandon a-t-il été en moyenne de 2,4 % pour les listes rouges et de 1,9 % pour les listes blanches/orange (sans différence significative).

Indicateurs des suréchantillons régionaux

Les taux de refus sont plus faibles pour les suréchantillons régionaux (sauf pour la région Poitou-Charentes) par rapport à l'échantillon national, car ils concernaient une population plus jeune (les 12-25 ans) et la dimension régionale a certainement favorisé la participation. On peut remarquer, également, la très bonne participation des Alsaciens avec très peu de différence dans les taux de refus entre les personnes inscrites sur liste rouge (taux de refus individu =

4,7 %) et les autres, alors qu'elles n'avaient pas été sensibilisées par une lettre annonce.

Alsace

L'effectif total des enquêtés pour l'Alsace (Haut-Rhin, Bas-Rhin) est de 1 237 : 1 114 en suréchantillon et 123 en national. Sur les 1 114 du suréchantillon, 861 ont été interrogés sur listes blanches/orange et 253 sur liste rouge (Tableau II).

Nord-Pas-de-Calais

L'effectif total des enquêtés pour le Nord-Pas-de-Calais (Nord, Pas-de-Calais) est de 1 038 en suréchantillon : 823 ont été interrogés sur listes blanches/orange et 215 sur liste rouge (Tableau IV).

Pays de la Loire

L'effectif total des enquêtés pour les pays de la Loire (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe, Vendée) est de 1 270 : 1 091 en suréchantillon et 179 en national. Sur les 1 091 du suréchantillon, 909 ont été interrogés sur listes blanches/orange et 182 sur liste rouge (Tableau V).

Tableau III

Indicateurs de l'Alsace

	Listes blanches/orange	Liste rouge	Ensemble
Taux de refus des ménages immédiat	14,0 %	13,7 %	13,9 %
Taux de refus des ménages différé	2,1 %	2,0 %	2,1 %
Taux de refus des ménages	16,1 %	15,7 %	16,0 %
Taux de refus des individus	1,7 %	4,3 %	2,3 %
Taux de refus global	17,8 %	20,0 %	18,3 %
Taux d'abandon	1,0 %	1,2 %	1,1 %

Tableau IV

Indicateurs du Nord-Pas-de-Calais

	Listes blanches/orange	Liste rouge	Ensemble
Taux de refus des ménages immédiat	14,7 %	16,7 %	15,2 %
Taux de refus des ménages différé	2,5 %	2,6 %	2,5 %
Taux de refus des ménages	17,2 %	19,3 %	17,8 %
Taux de refus des individus	2,0 %	4,3 %	2,5 %
Taux de refus global	19,2 %	23,6 %	20,2 %
Taux d'abandon	1,2 %	2,7 %	1,5 %

Picardie

L'effectif total des enquêtés pour la Picardie (Aisne, Oise, Somme) est de 1 267 : 1 196 en suréchantillon et 71 en national. Sur les 1 196 du suréchantillon, 921 ont été interrogés sur listes blanche/orange et 275 sur liste rouge (*Tableau VI*).

Poitou-Charentes

Le terrain s'est terminé le 31 janvier 2000 pour cette région. L'effectif total des enquêtés pour le Poitou-Charentes (Charente, Charente-Maritime, Deux-Sèvres, Vienne) est de 1 032 : 696 en suréchantillon et 336 en

national. Sur les 696 du suréchantillon, 628 ont été interrogés sur listes blanche/orange et 68 sur liste rouge (*Tableau VII*).

L'avis des enquêteurs

À la fin de l'enquête, un petit questionnaire papier et anonyme a été adressé aux enquêteurs sur l'étude à laquelle ils travaillaient depuis trois mois. Le questionnaire et les résultats sont présentés ci-après. Il a été adressé à environ une centaine d'enquêteurs, 70 réponses exploitables ont été reçues. Les résultats de ce travail apparaissent globale-

Tableau V

Indicateurs des Pays de la Loire

	Listes blanches/orange	Liste rouge	Ensemble
Taux de refus des ménages immédiat	14,5 %	21,3 %	15,8 %
Taux de refus des ménages différé	2,7 %	3,6 %	2,8 %
Taux de refus des ménages	17,1 %	24,8 %	18,7 %
Taux de refus des individus	2,8 %	4,7 %	3,1 %
Taux de refus global	19,9 %	29,5 %	21,7 %
Taux d'abandon	0,8 %	0,6 %	0,7 %

Tableau VI

Indicateurs de la Picardie

	Listes blanches/orange	Liste rouge	Ensemble
Taux de refus des ménages immédiat	18,2 %	22,6 %	19,3 %
Taux de refus des ménages différé	2,2 %	4,2 %	2,7 %
Taux de refus des ménages	20,3 %	26,8 %	22,0 %
Taux de refus des individus	3,3 %	2,8 %	3,2 %
Taux de refus global	23,7 %	29,6 %	25,2 %
Taux d'abandon	1,0 %	2,5 %	1,3 %

Tableau VII

Indicateurs du Poitou-Charentes

	Listes blanches/orange	Liste rouge	Ensemble
Taux de refus des ménages immédiat	19,0 %	37,6 %	21,6 %
Taux de refus des ménages différé	3,4 %	4,4 %	3,6 %
Taux de refus des ménages	22,4 %	42,0 %	25,2 %
Taux de refus des individus	6,1 %	18,0 %	7,5 %
Taux de refus global	28,5 %	60,0 %	32,7 %
Taux d'abandon	2,2 %	6,9 %	2,7 %

ment positifs. Les enquêteurs ont majoritairement trouvé de l'intérêt à collaborer à cette étude. La note moyenne accordée a été de 7 sur 10. En revanche, la passation du questionnaire est apparue un peu trop longue à une grande majorité des enquêteurs (71,4 %). Le nombre de sujets interrogés n'a pas été remis en question : 82,9 % des enquêteurs ne trouvaient pas qu'un l'échantillon de plus de 13 000 personnes est trop important. Les enquêteurs ont été 42,9 % à avoir été un peu perturbés par une interview et une seule personne l'a été beaucoup. Les autres questions portaient sur des améliorations possibles dans le déroulement du terrain.

Votre avis sur l'enquête CFES

1 Intérêt personnel pour l'enquête, entourer une note de 0 (aucun intérêt personnel) à 10 (très intéressé(e)) :
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2 Avez-vous trouvé la passation du questionnaire (non compris le carnet de route)... ?
Beaucoup trop longue
Un peu trop longue
Pas trop longue

3 Le nombre de sujets interrogés (13 000) vous paraît-il trop important ?
Non/Oui

Si oui, taille maximale souhaitable selon vous (à effectif constant de 80 enquêteurs) :

4 Avez-vous été personnellement destabilisé(e) ou perturbé(e) par une interview ?
Non, pas du tout
Oui, un peu
Oui, beaucoup

5 À l'avenir, quelles améliorations serait-il souhaitable d'apporter au brief « questionnaire » ?

6 Quelles améliorations serait-il souhaitable d'apporter à notre participation au terrain ?

7 Quelles ont été, selon vous, les principales difficultés à interroger les listes rouges ?

8 Autres remarques :

Principaux résultats

1 Intérêt personnel pour l'enquête ?		
Note	Effectif	Pourcentage
0	1	1,4
1	1	1,4
2	1	1,4
3	0	0,0
4	5	7,1
5	3	4,3
6	4	5,7
7	18	25,7
8	20	28,6
9	7	10,0
10	5	7,1
NR	5	7,1
Total	70	100,0
Moyenne =	7,1	

2 Avez-vous trouvé la passation du questionnaire ?		
	Effectif	Pourcentage
Beaucoup trop longue	7	10,0
Un peu trop longue	50	71,4
Pas trop longue	10	14,3
NR	3	4,3

3 Le nombre de sujets interrogés vous paraît-il trop important ?		
	Effectif	Pourcentage
Non	58	82,9
Oui	9	12,9
NR	3	4,3
Total	70	100,0

Si oui, taille maximale souhaitable ?

	Effectif
5 000	1
8 500	1
9 000	1
10 000	5

4 Avez-vous été perturbé(e) par une interview ?		
	Effectif	Pourcentage
Non pas du tout	36	51,4
Oui, un peu	30	42,9
Oui, beaucoup	1	1,4
NR	3	4,3
Total	70	100



À l'avenir, les améliorations qu'il serait souhaitable d'apporter au *brief* questionnaire, proposées par les enquêteurs, peuvent être regroupées en deux catégories. D'une part, ils soulignent la nécessité de mieux connaître le CFES et ses missions (*donner les résultats des autres Baromètres santé, davantage insister sur le but de l'enquête*) et, d'autre part, ils font un certain nombre de recommandations sur des aspects concrets de leur travail (*avoir plus de temps pour s'exercer, donner plus d'arguments pour favoriser la participation à l'enquête, éviter de trop mettre de pression sur les taux de refus*).

Les enquêteurs ont trouvé également qu'il était important de veiller à la qualité du mailing avant l'enquête. Apparemment, les envois de lettres annonce ont moins souvent trouvé leurs destinataires cette année. Ce

peut être lié à une moins bonne mise à jour des adresses de l'annuaire inversé, par rapport à l'annuaire France Télécom.

Concernant les principales difficultés à interroger les personnes sur liste rouge, les enquêteurs indiquent qu'elles ne veulent pas être dérangées et qu'elles veulent comprendre comment il a été possible de les joindre. La difficulté à les convaincre de participer à l'enquête provient aussi du fait qu'elles n'ont pas reçu au préalable de lettre annonce expliquant l'intérêt de l'enquête. L'approche est en donc d'autant plus longue et délicate pour les enquêteurs.

Enfin, d'une façon plus générale, ils considèrent qu'une campagne médiatique avant le lancement de l'enquête aurait favorisé la participation et qu'ils auraient aimé alterner, certains soirs, avec la passation d'une autre enquête.



Calendrier récapitulatif

Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Travail sur le questionnaire en collaboration avec les partenaires 15 mars						3 septembre			
	Lancement de la procédure BOAMP et choix définitif de l'institut 2 avril		22 juin						
			Travail méthodologique avec l'institut jusqu'à la remise du questionnaire pour validation 5 juillet			3 septembre			
		Réunions plénières pour travailler sur le questionnaire 2 juin, 22 et 27 juillet							
						Phase pilote, <i>briefing</i> , <i>débriefing</i> Du 16 au 20 sept.			
		Validation du questionnaire définitif, commande du fichier et envoi du premier lot de lettres d'annonce				24 sept.			
							Briefing des enquêteurs (5 groupes de 20 enquêteurs) 4, 6, 15 oct., 16, 19 nov.		
							Réalisation de l'enquête 6 octobre		23 décembre

Bibliographie

1. Aaïch P., Bon N., Deschamps J.-P. *Comportements et santé*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1992 : 248 p.
2. Ardilly P. *Les techniques de sondage*. Paris : Editions Technip, 1994 : 394 p.
3. Arènes J., Baudier F., Dressen C., Rotily M., Moatti J.-P. (sous la dir. de). *Baromètre Santé médecins généralistes 94/95*. Paris : CFES, 1996 : 138 p.
4. Arènes J., Janvrin M.-P., Baudier F. (sous la dir. de). *Baromètre santé jeunes 97/98*. Vanves : CFES, 1998 : 328 p.
5. Arènes J., Guilbert P., Baudier F. (sous la dir. de). *Baromètre Santé médecins généralistes 98/99*. Vanves : CFES, 1999 : 218 p.
6. Baudier F., Dressen C., Alias F. (sous la dir. de). *Baromètre Santé 92*. Paris : CFES, 1994 : 168 p.
7. Baudier F., Dressen C., Grizeau D., Janvrin M.-P., Warszawski J. *Baromètre Santé 93/94*. Paris : CFES, 1995 : 172 p.
8. Baudier F., Rotily M., Le Bihan G., Janvrin M.-P., Michaud C. *Baromètre Santé nutrition 1996*. Vanves : CFES, 1997 : 180 p.
9. Baudier F., Arènes J. (sous la dir. de). *Baromètre Santé adultes 95/96*. Vanves : CFES : 1997 : 288 p.
10. Bouyer J., Hémon D., Cordier S., et al. *Epidémiologie. Principes et méthodes quantitatives*. Paris : Inserm, 1995 : 498 p.
11. Beck F., Arwidson P., Firdion J.-M., Grémy I., Jaspard M., Warzawski J. *L'avenir des enquêtes téléphoniques face à l'évolution des télécommunications*. Résumés des communications du deuxième colloque francophone des sondages, Université Libre de Bruxelles, 22-23 juin 2000.
12. Bédarida F., Bouvier J., Caron F., et al. *Pour une histoire de la statistique*. Tome 1. Paris : Economica, 1987 : 594 p.
13. Brossier G., Dussaix A.-M. *Enquêtes et sondages. Méthodes, modèles, applications, nouvelles approches*. Paris : Dunod, 1999 : 366 p.
14. CFES. *Baromètre Santé – premiers résultats 2000*. Vanves : CFES, 2000 : 17 fiches.
15. Choquet M., Ledoux S. *Adolescents. Enquête nationale*. Paris : Inserm, 1994 : 346 p.
16. Collin J.-F. *Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99*. Vanves : CFES, 1999 : 64 p.
17. Desabie J. *Théorie et Pratique des Sondages*. Paris : Dunod, 1966.
18. Deville JC. *La qualité de l'information dans les enquêtes*. Journée d'études de l'ASU. Paris : Dunod, 1992 : 345-63.
19. Dreesbeke J.-J., Tassi P. *Histoire de la statistique*. Paris : Puf, 1990 : 128 p.

20. Ferron C., Grand Filaire A., Jesu F., et al. *Vers un langage commun en éducation et promotion de la santé. Contribution à un glossaire.* Comité régional d'éducation pour la santé de Basse-Normandie, 2000 : 76 p.
21. Fréjean M., Panzani J.-P., Tassi P. *Les ménages inscrits en liste rouge et les enquêtes par téléphone.* Paris : Journal de la Société de Statistique : 1990 : tome 131, n° 3-4.
22. Golberg M. *L'épidémiologie sans peine.* Paris : Frison-Roche, 1985 : 194 p.
23. Groves R. M., Biemer P. P., Lyberg L. E., Massey J. T., Nicholls II W. L., Waksberg J. *Telephone survey methodology.* New-York : John Wiley & Sons, 1988 : 582 p.
24. Got C. *La santé.* Paris : Flammarion, 1992 : 450 p.
25. Grémy J.-P. *Questions et réponses : quelques résultats sur les effets de la formulation des questions dans les sondages.* Sociétés Contemporaines, 1993 : 165-76.
26. d'Houtaud A. *Image de la santé.* Nancy : Presses Universitaires de Nancy, 1994 : 222 p.
27. Jacquart H. *Qui ? Quoi ? Comment ? Ou la pratique des sondages.* Paris : Eyrolles, 1988.
28. Lagrange H., Lhomond B. (sous la dir. de). *L'entrée dans la sexualité.* Paris : La Découverte et Syros, 1997 : 432 p.
29. Leclerc A., Papoz L., Bréart G., Lellouch J. *Dictionnaire d'épidémiologie.* Paris : Frison-Roche, 1990 : 144 p.
30. Michaud P.-A., Narring F., Paccaud F. *Recherche sur la santé et les styles de vie des adolescents romands de 15 à 20 ans.* Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 1993 : 72 p.
31. Parquet P. *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives.* Vanves : CFES, coll. Dossiers techniques, 1997 : 108 p.
32. Rao J. N. K., Thomas D. R. Chi-squared tests for contingency tables. In : *Analysis of complex surveys.* New York : John Wiley & Sons, Ed. Skinner C. J., Holt D., Smith M. F., 1989 : 89-114.
33. Riandey B., Firdion J.-M. *Vie personnelle et enquête téléphonique. L'exemple de l'enquête ACSF.* Paris : Population, 1993 : 1257-80.
34. Riandey B., Leridon H. *Les défaillances de la mémoire dans les enquêtes. Séminaire de méthodes d'enquête de l'Ined.* Paris : Ined.
35. Spira A., Bajos N. et le groupe ACSF. *Les comportements sexuels en France.* Paris : La documentation française, 1993 : 352 p.
36. Sournia J. C. *Dictionnaire français de santé publique.* Paris : Editions de santé, 1991.
37. Thomas R., Alaphilippe D. *Les attitudes.* Paris : Puf, 1983 : 128 p.

Mieux comprendre la démarche d'une enquête, c'est aussi mieux en comprendre les résultats. Quelle est l'origine du Baromètre santé 2000 ? Que cherche-t-il à mesurer et comment ? Quel est son apport à la politique de prévention ? Quelles en sont ses limites ?

Le lecteur trouvera, dans cet ouvrage, l'historique et les principes méthodologiques de cette étude : le questionnaire, la méthode de recueil des données, les taux de refus, les évolutions méthodologiques depuis la première enquête barométrique de 1992.

Cet ensemble d'informations intéressera à la fois les acteurs et les décideurs de santé publique. Il pourra également servir d'outil de travail aux professionnels amenés à réaliser eux-mêmes des enquêtes.



l'Assurance Maladie
sécurité sociale



2, rue Auguste-Comte
BP 51
92174 Vanves cedex
France
cfs@cfes.sante.fr

