

Baromètres santé : une description des comportements

Les Baromètres santé de l'INPES fournissent des informations aux décideurs politiques et aux professionnels de la santé. Dans certains cas, ils contribuent à l'élaboration des programmes de prévention.

Le Baromètre santé est une enquête nationale réalisée de façon périodique auprès de différentes populations et sur divers thèmes de santé (*lire encadrés*). Elle a pour objectif de donner des informations et des analyses statistiques aux décideurs politiques et aux professionnels de la santé. Une de ses finalités est de contribuer à l'élaboration des programmes de prévention et de promotion de la santé.

Les informations délivrées sont exclusivement d'ordre quantitatif : estimer la prévalence du tabagisme en France, décrire les opinions vis-à-vis de la vaccination, dresser l'état des lieux des pratiques de dépistage des cancers en France, etc. La mission du Baromètre santé n'est donc pas d'expliquer des comportements de santé ni de les pré-

voir à partir de modèles. D'autres enquêtes nationales s'emploient à le faire. En ce sens, le Baromètre santé s'inscrit dans la tradition statistique qui est de « *décrire de façon globale le territoire pour l'État* » (1). Les modèles prédictifs, issus de l'économétrie, sont peu développés en sciences sociales en raison de la difficulté à obtenir des modèles pertinents. Les enquêtes qui cherchent à expliquer un phénomène peuvent être des enquêtes qualitatives, des enquêtes dites cas-témoins, des cohortes ou encore des panels (2).

Le Baromètre santé est une enquête périodique, c'est-à-dire qu'elle est répétée dans le temps. Mais, à la différence d'une étude de cohorte ou de panel, les individus interrogés d'une année sur l'autre sont différents. Il n'est donc pas

possible de suivre un même individu sur plusieurs périodes de sa vie et de mettre en évidence des relations de cause à effet dans les observations présentées.

Partant de l'objectif très général de décrire, de quantifier les comportements de santé de la population, il fallait choisir entre deux grandes options méthodologiques : obtenir ces informations statistiques soit en interrogeant l'ensemble de la population (enquête par recensement), soit en interrogeant une partie de la population pour l'ensemble (enquête par sondage). La seconde option l'a naturellement emporté, puisqu'en France la seule institution en mesure d'effectuer des recensements est l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). L'une des contraintes dans l'élaboration d'un échantillon pour qu'il fournisse de bons estimateurs est qu'il soit représentatif. Autrement dit, il s'agit de faire en sorte qu'une partie de la population représente le tout correctement. À ce stade, il existe plusieurs techniques permettant de constituer un échantillon ayant la propriété d'être représentatif de l'ensemble de la population. La représentativité en question porte sur un nombre limité de variables (en général quatre ou cinq : sexe, âge, profession, taille de l'agglomération de résidence, région de résidence) et signifie que, dans l'échantillon, la répartition entre les hommes et les femmes – si l'on prend cette variable en exemple – est la même que celle observée par le recensement de la population (donnée de référence). Les échantillons sont donc représentatifs du recensement de population, lui-même représentatif de la structure réelle de la population (don-

Liste des thèmes abordés dans les Baromètres santé

Baromètres santé réalisés en population générale (12-75 ans)

- la consommation d'alcool
- la consommation de tabac
- la consommation de drogues illicites
- la vaccination
- le dépistage des cancers
- l'activité physique
- la nutrition
- les accidents
- la contraception, les infections sexuellement transmissibles (IST)
- la consommation de soins et de médicaments
- la douleur
- la qualité de vie
- la violence, les événements de vie
- la santé mentale
- la violence
- les dépistages des cancers
- les VIH, hépatite C, infections sexuellement transmissibles (IST)

Baromètres santé réalisés auprès des médecins généralistes et des pharmaciens

- les comportements de santé des professionnels de santé (médecins et pharmaciens)
- la prévention en générale
- les problèmes de dépendances
- les vaccinations
- la prescription de médicaments
- l'opinion pharmaceutique
- les maladies chroniques
- la confidentialité

tion (objectivation de la réalité propre à chaque individu) à la déclaration qu'il peut y avoir un décalage entre l'information recueillie à l'aide d'un questionnaire et la réalité du répondant. Tout le travail de préparation du questionnaire va consister à essayer de minimiser ce décalage.

Pour disposer de données facilement utilisables, le statisticien va ensuite procéder à des regroupements de données et créer ainsi des objets sociaux qui pourront servir de base à des discussions (calcul d'agrégats, de moyennes, de prévalences, etc.). Il va, par exemple, regrouper toutes les personnes qui déclarent fumer, le regroupement s'effectuant sur ce seul critère, et créer ainsi la variable : fumeur. *Idem* pour la classification des individus en professions et catégories socioprofessionnelles.

La création de variables d'analyses ou de concepts est parfois plus complexe, notamment lorsqu'elle résulte de la combinaison de plusieurs critères de sélection comme c'est le cas pour la définition des usagers problématiques de cannabis. Cette réalité fragile sera peut-être remise en cause par d'autres découvertes et disparaîtra de l'investigation, mais tant que ce concept ne sera pas remis en cause, il représentera une certaine objectivation de la réalité et aura sa pertinence en tant qu'outil facilitant les échanges et le débat public.

Identifier des catégories pour mieux définir la prévention

À l'occasion de ces enquêtes, les informations recueillies, de nature déclaratives, permettent d'enrichir les données enregistrées (du point de vue comptable) des ventes, de la morbidité et de la mortalité (données fournies par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)). Les questions qui sont posées lors des interviews sont autant de variables donnant des informations quantitatives sur un phénomène de santé précis. Elles peuvent se combiner entre elles et donner ainsi des informations pour des sous-populations au sens statistique du mot. Par exemple, il existe quarante-cinq façons différentes de croiser deux variables dans un fichier contenant dix questions. Le « Baromètre santé » réalisé en population générale comprend envi-

née inconnue) et ce, uniquement pour les variables précédemment citées. Le nombre des variables retenues (quatre ou cinq) est restreint en raison du nombre de variables disponibles dans le recensement. L'hypothèse est qu'un échantillon représentatif en termes de sexe, âge, etc., le sera aussi pour ce qui est des comportements de santé.

Si nous en venons à présent aux différentes techniques permettant de constituer un échantillon, nous pouvons citer : la méthode aléatoire (tirage au hasard) et la méthode par quotas (choix raisonné ou judicieux). La théorie statistique montre qu'il est préférable d'utiliser la méthode aléatoire lorsque l'on souhaite interroger un nombre important de sujets (2 000 et plus) ; l'INPES a donc retenu cette méthode de tirage qui consiste à sélectionner les individus de façon aléatoire (3). Un sondage aléatoire est une méthode d'échantillonnage attribuant la même probabilité de tirage à tous les individus, c'est-à-dire qu'en théorie, tout le monde a la même chance d'être

contacté. Ce qui en pratique est faux : les personnes sans domicile fixe, les personnes n'ayant pas de ligne téléphonique fixe¹, les personnes en absence longue durée, les personnes hospitalisées, n'ont pas la même chance que les autres d'être contactées (4).

Avoir des images d'une certaine réalité...

L'étape suivante consiste à recueillir des informations à partir d'un questionnaire. Pour décrire la pertinence d'une question par rapport à ce qu'elle est censée mesurer, on parle de sensibilité (probabilité d'être fumeur lorsque l'on répond « oui » à la question sur le tabagisme) et de spécificité (probabilité d'être non-fumeur lorsque l'on répond « non » à la question sur le tabagisme). En d'autres termes, la personne qui répond « oui » à la question du Baromètre santé « Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ? » fume-t-elle du tabac en réalité ? Et, la personne qui répond « non », ne fume-t-elle pas réellement ? C'est dans ce passage de la compréhension et de la percep-

ron trois cents questions, d'où le nombre extrêmement élevé de possibilités d'analyses statistiques. Les principaux traitements des données consistent donc à croiser des variables à des caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, profession, situation professionnelle, situation maritale, revenus du ménage, structure familiale, taille de l'agglomération de résidence, niveau d'éducation scolaire, etc.) et d'identifier de la sorte des sous-populations. Ainsi, les personnes âgées de 55-64 ans sont identifiées comme étant celles qui déclarent le plus fréquemment consommer de l'alcool la veille de l'interview (5).

Ces informations concourent à mieux définir les publics prioritaires dans l'élaboration de programmes et d'actions de prévention et de promotion de la santé ; elles sont principalement diffusées sous forme de monographies (éditées entre 3 000 et 5 000 exemplaires) et partiellement mises à

disposition sur Internet. Les recueils des données se font en moyenne tous les cinq ans (*Lire encadré ci-dessous*).

Données de santé et prévention

L'apport des statistiques dans l'élaboration de mesures politiques est un phénomène peu contesté. Savoir combien de personnes font des tentatives de suicide par an et savoir s'il s'agit plus fréquemment de femmes que d'hommes aide à définir des politiques de prévention plus ciblées et donc d'une certaine manière plus efficaces.

Le débat ne porte pas tant sur l'utilité d'une telle information que sur la justesse des données et la définition des objets mesurés. Si le lien entre le Baromètre santé, enquête nationale descriptive, et l'usage politique des données pose peu de difficultés, il existe des obstacles entre les constats effectués et leur prise en compte dans les pratiques des acteurs de terrain.

Le premier obstacle provient probablement de la difficulté pour un outil de mesure d'être utile à tout le monde. De par sa méthode de recueil de données, le Baromètre santé est un outil peu adapté pour décrire utilement la réalité de terrain que vivent les professionnels de la santé. En particulier parce que les données présentées sont peu représentatives des vies de quartiers des acteurs locaux de la prévention.

En dépit de certaines faiblesses – pour la plupart communes aux différentes enquêtes, qu'elles portent sur la santé ou sur d'autres domaines –, rappelons l'intérêt de pouvoir disposer tant au niveau national que local de données quantitatives sur les comportements de santé et les publics qui s'y rattachent. Ces données sont des éléments parmi d'autres qui interviennent dans les débats publics et l'élaboration de politiques de santé. Il n'existe pas d'autres moyens que les enquêtes statistiques pour décrire de façon globale les comportements ou les opinions d'une population. Mais, dans cette recherche de la connaissance, il convient de garder à l'esprit les fragilités de l'outil et les perfectionnements que l'on doit en attendre.

Philippe Guilbert

Économètre, coordonnateur
du Baromètre santé,
Direction des affaires scientifiques,
INPES.

1. L'enquête se faisant par téléphone.

Les Baromètres réalisés depuis 1992

Année du terrain	Baromètre santé	Effectifs interrogés
1992 [1]	Adultes	2 099
	Médecins généralistes	252
1993 [2]	Adultes	1 950
	Médecins généralistes	494
1994 [3]	Médecins généralistes	1 013
1995 [4]	Adultes	1 993
1996 [5]	Adultes nutrition	1 984
1997 [6]	Jeunes	4 115
1998 [7]	Médecins généralistes	2 073
1998 [8]	Enquête Pharmaciens en officine	1 001
1999 [9]	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

[1] Baudier F., Dressen C., Alias F. (sous la dir.). Baromètre santé 92. Paris : CFES, 1994 : 168 p.

[2] Baudier F., Dressen C., Grizeau D., Janvrin M.P., Warszauski J. (sous la dir.). Baromètre santé 93/94. Paris : CFES, 1995 : 172 p.

[3] Arènes J., Baudier F., Dressen C., Rotily M., Moatti J.P. (sous la dir.). Baromètre santé médecins généralistes 94/95. Paris : CFES, 1996 : 137 p.

[4] Baudier F., Arènes J. (sous la dir.). Baromètre santé adultes 95/96. Vanves : CFES, 1997 : 288 p.

[5] Baudier F., Rotily M., Le Biban G., Janvrin M.P., Michaud C. Baromètre santé nutrition 96. Vanves : CFES, 1997 : 180 p.

[6] Arènes J., Janvrin M.P., Baudier F. (sous la dir.). Baromètre santé jeunes 97/98. Vanves : CFES, 1998 : 328 p.

[7] Arènes J., Guilbert P., Baudier F. (sous la dir.). Baromètre santé médecins généralistes 98/99. Vanves : CFES, 1999 : 218 p.

[8] Collin J.-F. Enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99. Vanves : CFES, 1999 : 64 p.

[9] Guilbert P., Baudier F., Gautier A., Goubert A.C., Arwidson P., Janvrin M.P. Baromètre santé 2000. Volume 1. Méthode. Vanves : CFES, 2001 : 144 p. Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.) Baromètre santé 2000. Volume 2. Résultats. Vanves : CFES, 2001 : 474 p. Guilbert P., Gautier A., Baudier F., Trugeon A. Baromètre santé 2000. Les comportements des 12-25 ans. Volume 3.1 : synthèse des résultats nationaux et régionaux. Declercq, Imbert F., Tallec A., Trugeon A. Volume 3.2 : résultats régionaux. Vanves : CFES (à paraître).

► Références bibliographiques

- (1) Desrosières A. *La Politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*. Paris : La Découvertes & Syros, 2000 : 462 p.
- (2) Leclerc A., Papoz L., Bréart G., Lellouch J. *Dictionnaire d'épidémiologie*. Paris : Frison-Roche, 1990 : 144 p.
- (3) Deville J.-C. *La Qualité de l'information dans les enquêtes*. Journées d'études de l'ASU. Paris : Dunod, 1992 : 345-63.
- (4) Ardilly P. *Les Techniques de sondage*. Paris : Technip, 1994 : 396 p.
- (5) Legleye S., Ménard C., Baudier F., Le Nezet O. Alcool. In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir. de). *Baromètre santé 2000. Résultats*. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 2001 : 474 p.