

BAROMÈTRE SANTÉ 2017

MÉTHODE

Objectifs, contexte de mise en place et protocole

TABLEAU DE SYNTHÈSE

Champ de l'enquête	<i>France métropolitaine</i>
Population cible	<i>Population générale</i>
Année	<i>2017</i>
Thèmes principaux	<i>Addictions ; santé mentale</i>
Tranche d'âge	<i>18-75 ans</i>
Plan d'échantillonnage	<i>Sondage aléatoire à deux degrés sur ligne fixe (ménages puis individus) ; sondage aléatoire à un degré sur ligne mobile</i>
Bases d'échantillonnage	<i>Génération aléatoire de numéros de téléphone fixe et mobile à partir des racines Arcep (Autorité de régulation des communications électroniques et des postes)</i>
Mode de collecte	<i>Téléphone (CATI, collecte assistée par téléphone et informatique)</i>
Taille de l'échantillon	<i>25 319</i>
Taux de réponse global	<i>48,5 %</i>
Calcul du taux de réponse (e=taux d'éligibles estimé)	<i>interviews / (interviews + refus individus + abandons+ e*[refus ménages + n° contactés injoignables])</i>
Pondération	<i>Poids de sondage puis post-stratification</i>
Dates du terrain d'enquête	<i>5 janvier 2017 – 18 juillet 2017</i>

INTRODUCTION

CONTEXTE GÉNÉRAL

Le Baromètre santé est un dispositif d'enquêtes périodiques mis en place en 1992 par le Comité français d'éducation pour la santé [1], poursuivi par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et aujourd'hui par Santé publique France. Depuis plus de vingt ans, ces enquêtes de surveillance épidémiologique permettent de suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions de la population résidant en France vis-à-vis de sa santé. Ces enquêtes permettent également l'étude des déterminants des comportements de santé. Elles sont en cela des outils très utiles à la mise en œuvre d'actions par les pouvoirs publics ainsi qu'à leur évaluation. Les Baromètres santé font partie des sources de données mobilisées pour évaluer l'état de santé de la population, en apportant des informations relatives aux habitudes de vie, aux facteurs de risques, à la qualité de vie ou à la position socioéconomique [2]. Les thèmes de santé principaux abordés en 2017 sont les suivants : consommations de tabac, d'alcool, de drogues illicites et santé mentale.

Cette édition 2017 s'est inscrite dans le contexte de la lutte contre le tabagisme, enjeu majeur de santé publique comme en témoigne la mise en place du premier Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 [3]. Piloté par le ministère chargé de la santé, ce programme, constituant lui-même une des actions du Plan Cancer 2014-2019, se structure en trois axes : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac ; aider les fumeurs à arrêter ; agir sur l'économie du tabac. Ainsi, plusieurs mesures d'envergure de lutte antitabac ont été mises en place récemment. Depuis le 27 janvier 2016, les traitements de substitution nicotinique peuvent être prescrits par les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes (en plus des médecins et des sages-femmes). Depuis le 1^{er} novembre 2016, ils sont remboursés à hauteur de 150 € par an pour tous, contre 50 € auparavant. Le packaging standardisé des produits du tabac (ou « paquet neutre ») est devenu obligatoire le 1^{er} janvier 2017. En outre, en fin d'année 2016, de nouveaux dispositifs d'accompagnement des fumeurs pour le sevrage ont vu le jour, comme le dispositif Moi(s) sans tabac, qui vise à inciter les fumeurs à arrêter en novembre, ou la nouvelle application Tabac info service. Depuis leurs débuts, les Baromètres santé permettent d'obtenir une estimation et ainsi un suivi de la prévalence du tabagisme, mesure indispensable au pilotage des politiques publiques. En 2016, 29 % des personnes âgées de 15 à 75 ans déclaraient

fumer quotidiennement [4], cette prévalence étant stable depuis 2010, après une hausse observée entre 2005 et 2010. En outre, les inégalités sociales relatives au tabagisme se révèlent de plus en plus importantes, la part de fumeurs quotidiens atteignant 38 % parmi les personnes dont les revenus sont les plus faibles, contre 21 % parmi celles dont les revenus sont les plus élevés. Au-delà de l'actualisation de l'estimation de la prévalence du tabagisme, le Baromètre santé 2017 vise à évaluer l'action de prévention du tabagisme « Moi(s) sans tabac » : un module dédié à ce sujet permettra de mesurer des éléments relatifs à la notoriété du dispositif ainsi que son effet sur l'incitation à arrêter de fumer et d'étudier les liens entre l'exposition à la campagne nationale et les tentatives d'arrêt.

Le Baromètre santé 2017 vise également à actualiser et enrichir les connaissances concernant les consommations d'alcool et de drogues illicites. En ce qui concerne la consommation d'alcool, l'actualisation des niveaux d'usages, dont les dernières données dataient de 2014, a été complétée de nouvelles questions permettant d'aborder les sujets suivants : consommation détaillée au cours des sept derniers jours ; usage problématique *via* le questionnaire *Rapid Alcohol Problems Screen (RAPS)* ; perception des risques liés à la consommation d'alcool ; notoriété du logo avertissant des dangers de l'alcool pour les femmes enceintes ; place de l'alcool dans les échanges avec le médecin généraliste ; consommation d'alcool des femmes durant la dernière grossesse ; consommation d'alcool dans le milieu professionnel ; abstinence ; motifs de consommation. Ce questionnaire enrichi permettra d'améliorer la compréhension des évolutions des modes de consommation d'alcool observées en France [5]. Le questionnaire concernant les usages de drogues illicites reprend principalement celui posé lors du Baromètre santé 2014. Élaboré en partenariat avec l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), il intègre également un nouveau volet interrogeant les dépenses liées à la consommation de cannabis, ainsi qu'un questionnaire spécifique portant sur la connaissance et la consommation des nouveaux produits de synthèse.

Enfin, parmi les objectifs principaux de cette enquête figurent l'actualisation des indicateurs relatifs à la santé mentale en France et l'évaluation de l'adéquation du recours aux soins (consommation de médicaments psychotropes, recours à la psychothérapie), dont certaines estimations dataient de 2010. Il s'agit ici d'intégrer des indicateurs visant à caractériser certains troubles (épisodes dépressifs caractérisés -EDC), troubles anxieux, comportements suicidaires,

etc.), mais aussi d'évaluer la santé mentale de façon extensive selon un continuum bien-être – mal-être. Face à la forte prévalence de certains troubles psychiatriques et à l'importance des conduites suicidaires, il s'agit également de contribuer à l'orientation et à la mise en œuvre d'interventions au profit de la population générale ou de sous-groupes spécifiques. En France, l'EDC est le trouble psychiatrique le plus prévalent : selon les données recueillies en 2005 et 2010 dans cette même enquête, près de 20 % des personnes souffriraient d'un EDC au cours de la vie et près de 8 % au cours des douze derniers mois [6]. Les conduites suicidaires représentent quant à elles la première cause de mortalité potentiellement évitable chez les 25-34 ans, la deuxième chez les 15-24 ans, et sont responsables de 200 000 recours aux urgences et près de 100 000 hospitalisations chaque année. La France est un pays à forte mortalité par suicide avec des inégalités très marquées selon les catégories et milieux professionnels. En 2013, sous l'égide du ministère chargé de la santé, un Observatoire national du suicide a été créé. Le Plan psychiatrie et santé mentale (PPSM) 2011-2015 et le Programme national d'actions contre le suicide (PNACS) 2011-2014 ont été lancés. Pour répondre à ces enjeux de santé publique, le ministère chargé de la santé, suivant les recommandations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), n'a pas souhaité reconduire de nouveau ces plans mais inscrire une politique de santé mentale pérenne et interministérielle pilotée par un conseil national de la santé mentale installé au mois d'octobre 2016. Le module Santé mentale du Baromètre santé 2017 vise ainsi à produire des indicateurs récents de prévalence des troubles psychiatriques les plus répandus en population générale. Il permettra un suivi des troubles dépressifs et des comportements suicidaires, pour lesquels une tendance à la hausse est rapportée depuis 2005. Il vise également la production d'indicateurs dans des populations plus ciblées et la mise à jour des connaissances sur les inégalités sociales en santé mentale.

En complément de ces indicateurs sur les habitudes de consommations de substances psychoactives et sur l'état de santé mentale, plusieurs modules ont été intégrés afin d'en étudier le lien avec la santé perçue (trois questions du mini-module européen, corpulence déclarée), certains facteurs associés comme la pratique sportive, les troubles du sommeil ou la survenue de différents événements de vie douloureux (perte d'un parent ou d'un proche, violences physiques ou sexuelles subies, licenciement, etc.). Un volet important a également été consacré à l'étude des inégalités sociales de santé : description de la catégorie socioprofessionnelle et du secteur d'activité, recours et renoncement aux soins, minorités

sexuelles, situation financière perçue, conditions de logement (suroccupation, froid ressenti), recours à des services d'aide alimentaire, statut migratoire.

PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

Participation à la production de données régionales

Le Baromètre santé 2017 vise à fournir des estimations suffisamment robustes à l'échelle régionale pour pouvoir contribuer à l'analyse des inégalités territoriales de santé. La taille d'échantillon nécessaire a ainsi été calculée afin de pouvoir recueillir un effectif minimum de 1 000 répondants par région métropolitaine (hors Corse), correspondant à un échantillon national attendu d'au moins 25 000 individus.

Rappel à un an d'une cohorte d'ex-fumeurs / de fumeurs souhaitant arrêter

Un des objectifs de cette enquête est de mesurer l'évolution de la prévalence tabagique et de la part de fumeurs en tentative d'arrêt. Cependant, parce que cette enquête est transversale et téléphonique, elle permet difficilement de documenter finement et avec fiabilité les tentatives d'arrêts : durées, rechutes ponctuelles, facteurs de réussite et d'échec, etc. Une telle description occasionnerait des erreurs de remémorations importantes (pouvant être en outre socialement différenciées) et un temps d'interrogation incompatible avec une enquête téléphonique. L'abstinence à six mois est l'indicateur de référence pour la mesure du sevrage tabagique [7]. Afin d'enrichir les connaissances sur l'arrêt du tabagisme, un rappel à un an d'une partie de l'échantillon interrogé a été mis en place, en vue d'obtenir une mesure de suivi du statut tabagique. Ceci permet de disposer d'une enquête probabiliste (sélection aléatoire d'un échantillon représentatif de la population générale) pour rappeler des individus dont certaines caractéristiques seront ainsi déjà renseignées : variables sociodémographiques, habitudes de vie.

Les sujets recrutés pour ce suivi à un an sont : les ex-fumeurs ayant arrêté de fumer moins d'un an avant l'enquête, les fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt au dernier trimestre 2016 et les fumeurs ayant le projet d'arrêter de fumer dans le mois à venir. Le recrutement de ces personnes a consisté en un consentement oral à être rappelé dans un second temps, obtenu par la question suivante : « Dans le

cadre de cette enquête, Santé publique France souhaiterait pouvoir vous rappeler dans un an pour un questionnaire de suivi très rapide, d'environ cinq minutes. En acceptant de participer à ce rappel, vous nous permettrez de mieux comprendre les freins et leviers intervenant dans l'arrêt du tabagisme, et d'améliorer ainsi les actions de prévention. Les analyses qui seront produites seront totalement anonymes. Acceptez-vous d'être rappelé(e) dans un an ? »

Consentement

Le consentement de participation au Baromètre santé 2017, de même qu'au rappel, est recueilli directement auprès du participant, par oral, après présentation des objectifs de l'étude, de son commanditaire (Santé publique France) et de son exécutant (Ipsos Observer).

Questionnaire : quatre sous-échantillons

La durée du questionnaire fait partie des éléments pris en compte pour le confort de l'enquêté. Il est préférable de ne pas dépasser trente minutes. Afin de respecter un temps de questionnaire raisonnable tout en intégrant l'ensemble des thématiques envisagées, un questionnaire général, composé des thèmes principaux de cette enquête (consommations de tabac, d'alcool, de drogues illicites et santé mentale) ainsi que des variables utiles à l'ensemble des thèmes (variables sociodémographiques et variables transversales), était posé à tous les enquêtés et durait environ vingt minutes. Les autres modules du questionnaire étaient divisés en quatre groupes et posés chacun à seulement un quart des participants, le choix du groupe (ou sous-échantillon) étant tiré au hasard en début de questionnaire (Tableau I).

TABLEAU I | Structuration des échantillons du Baromètre santé 2017

Sous-échantillon	A	B	C	D
Effectifs	n = 6 413	n = 6 224	n = 6 335	n = 6 347
Caractéristiques 1 : description du foyer ; statut matrimonial, situation professionnelle ; niveau d'éducation ; santé générale			X	
BPCO				X
Maladie de Lyme				X
Tabac : prévalence ; sevrage ; grossesse et tabagisme ; Moi(s) sans tabac ; modalités d'arrêt ; cigarette électronique			X	
Tabagisme passif		X		
Tabac : MG				X
Tabac : connaissance, dénormalisation			X	
Tabac : approvisionnement				X
Tabac : évaluation du paquet neutre				X
Qualité de vie	X	X		
Alcool : audit-C ; ivresses ; grossesse et alcool ; alcool au travail ; abstinence			X	
Alcool : opinions, représentations			X	
Alcool : consommation semaine passée				X
Alcool : usage problématique			X	
Alcool : MG				X
Alcool : motifs de consommations				X
Alcool : enfance et entourage			X	X
Événements de vie			X	
Drogues illicites			X	
Sexualité			X	
Sommeil	X	X		
Santé mentale : épisodes dépressifs caractérisés ; comportements suicidaires ; recours aux soins			X	
Santé mentale : troubles anxieux	X			
Sport	X	X		
Usage d'internet pour la santé			X	
Participation à un panel				X
Usage des réseaux sociaux			X	
Opinions sur la vaccination			X	
Caractéristiques 2 : couverture santé ; renoncement aux soins ; habitat ; statut migratoire ; équipement téléphonique			X	

La durée d'interview pour chacun de ces groupes était d'environ dix minutes supplémentaires par rapport au tronc commun. Ces modules ont intégré la plupart des questions d'opinions, qui ont pour principal intérêt le suivi barométrique, ainsi que toutes les questions qui n'ont pas vocation à être transversales et qui ne nécessitent pas une grande taille d'échantillon. Cette méthode a ainsi permis de couvrir une vaste quantité de thématiques « secondaires », sans pour autant que la durée totale de l'interview ne devienne pénible pour l'interviewé. L'inconvénient d'une telle structuration est, bien sûr, que les variables présentes dans un des quatre sous-échantillons ne pourront être croisées qu'avec celles de leur sous-échantillon et celles du module principal, mais pas avec celles présentes dans les autres sous-échantillons. Notons également que certaines thématiques ont été posées dans plusieurs sous-échantillons afin d'obtenir les effectifs permettant leur analyse : les questions relatives à la qualité de vie, au sommeil et au sport ont été posées aux groupes A et B ; celles relatives à l'alcool, à l'enfance et à l'entourage ont été posées aux groupes C et D.

BASES DE SONDAGE

Les Baromètres santé sont des enquêtes transversales, téléphoniques, qui reposent sur un échantillonnage aléatoire de numéros de téléphone. Cette méthode consiste à tirer *a priori* dans une base de sondage un nombre fini d'individus ou de ménages à atteindre (dans notre cas, il s'agira de numéros de téléphone), en s'en tenant à cet échantillon initial quel que soit le degré d'acceptation des répondants avec, de ce fait, un enjeu fort sur le niveau de participation à l'enquête. La méthode utilisée a constamment évolué pour s'adapter aux contraintes techniques et administratives imposées par la fin du monopole national des télécommunications, puis par la diversification des équipements et des usages téléphoniques. Le plan de sondage des Baromètres santé a été modifié en 2000 afin d'inclure les individus inscrits sur liste rouge [8], en 2005 afin d'inclure les individus équipés exclusivement d'un téléphone mobile [9], puis en 2010 afin d'inclure ceux en dégroupage total [10]. Ces nouvelles approches ont permis d'améliorer la représentativité de l'enquête, et ceci est d'autant plus important qu'elles permettent d'inclure des personnes qui ont des caractéristiques particulières en matière de comportements de santé. En 2014, du fait de l'utilisation préférentielle du téléphone mobile par une partie de la population, y compris parmi ceux disposant d'une ligne fixe, deux échantillons « chevauchants » ont été constitués : l'un interrogé sur ligne fixe, l'autre

sur téléphone mobile, sans filtre sur l'équipement téléphonique du ménage [11]. Cette méthode s'est révélée pertinente pour favoriser la participation de groupes de populations sous-représentés dans les enquêtes précédentes, et sans impact majeur sur l'estimation des différents indicateurs de comportements de santé [12].

TIRAGE DE L'ÉCHANTILLON

En l'absence d'annuaire pouvant être utilisé comme base de sondage, deux échantillons de numéros de téléphone ont été générés aléatoirement : une base de numéros commençant par 01, 02, 03, 04 ou 05 et une base de numéros commençant par 06 ou 07. La taille des bases initiales théoriques est ainsi de 500 millions de numéros possibles dans l'échantillon fixe (de 01 à 05), et de 200 millions dans l'échantillon mobile. En réalité, il est possible de restreindre ce champ, dans la mesure où l'Autorité de régulation des communications électroniques et des postes (Arcep) actualise régulièrement les ressources attribuées en numérotation téléphonique, sous la forme d'une liste de plages de numéros attribuées aux différents opérateurs, téléchargeable sur leur site. La base de sondage des numéros dont la racine a été attribuée par l'Arcep revient ainsi à une liste de 196 millions de numéros commençant par 01, 02, 03, 04 ou 05, et de 127 millions de numéros commençant par 06 ou 07.

Le dimensionnement des deux échantillons, avec un objectif initial de 25 000 interviews, a été proposé par l'institut de sondage, en tenant compte de plusieurs éléments : coefficient d'insistance (vingt-cinq tentatives d'appel par numéro généré), taux de pénétration de la population cible, taux de refus attendus, taux de numéros non-attribués, taux de foyers ne parlant pas le français (les interviews n'étant réalisées qu'en français), etc. La répartition souhaitée des interviews était de 40 % sur téléphone fixe et 60 % sur téléphone mobile, soit respectivement 10 000 et 15 000 interviews à réaliser. Finalement, le nombre de numéros générés ayant une correspondance dans les racines ARCEP était de 420 170 pour l'échantillon fixe, 141 595 pour l'échantillon mobile (Tableau II).

À partir de ces bases de numéros de téléphone, un premier nettoyage des numéros a été effectué, avant mise sur le terrain, par un automate d'appels. Cette procédure a permis d'identifier des numéros non-attribués, et d'exclure ainsi 62 % des numéros de téléphone fixe et 29 % des numéros de téléphone mobile.

TABLEAU II | Constitution des bases de sondage utilisées pour l'enquête et taux de sondage

	Fixe	Mobile
Ensemble des numéros ayant une correspondance dans les racines Arcep	196 330 000	127 170 000
Nombre de numéros générés pour l'enquête ayant une correspondance dans les racines Arcep	420 170	141 595
TAUX DE SONDAGE	2,14 ‰	1,11 ‰
Nombre de numéros après automate d'appels	160 790	100 565
<i>Dont numéros en liste blanche</i>	24 398	997
<i>Dont numéros sans adresse</i>	136 392	99 568

En second lieu, l'utilisation de l'annuaire inversé a permis de retrouver une partie des coordonnées postales associées à des numéros (liste blanche ou orange).

CONSTITUTION DE LOTS

Le fichier comprenant la liste des numéros générés a été finalement découpé en plusieurs lots ou blocs de numéros, de tailles décroissantes et ouverts au fur et à mesure de l'avancement du terrain d'enquête. Ce découpage garantit une exploitation identique de chaque numéro généré (envoi d'une lettre-annonce peu de jours avant l'appel, dimensionnement des équipes d'enquêteurs, respect du protocole d'appel et du coefficient d'insistance) et d'ajuster le nombre de numéros à exploiter pour atteindre l'échantillon visé en fonction des taux de participation observés durant le déroulé du terrain d'enquête.

CHAMP DE L'ENQUÊTE, ÉLIGIBILITÉ, SÉLECTION

CHAMP DE L'ENQUÊTE

La population couverte par le Baromètre santé 2017 concerne toutes les personnes résidant en France métropolitaine en ménages ordinaires (l'ensemble des personnes (apparentées ou non) qui partagent de manière habituelle un même logement (que celui-ci soit ou non leur résidence principale) ; les collectivités, entreprises, institutions sont ainsi exclues lors de la prise de contact), équipées d'au moins un numéro de téléphone commençant par 01, 02, 03, 04, 05, 06 ou 07, âgées de 18 à 75 ans et parlant le français. Relativement aux éditions précédentes du Baromètre santé, dont la population cible concernait les 15-75 ans, le choix a été fait d'exclure les mineurs du champ de l'enquête.

La raison ayant motivé ce choix relève du périmètre thématique de l'enquête et de la réalisation, à la même période, d'enquêtes menées spécifiquement auprès des mineurs dans le champ des addictions et de la santé mentale. Il s'agit de l'enquête ESCAPAD (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense), conduite par l'OFDT en 2017 auprès des jeunes de 17 ans et de l'enquête ENCLASS¹ (Enquête nationale en collèges et lycées chez les adolescents sur la santé et les substances), regroupant en 2018 les deux enquêtes internationales HBSC (*Health Behaviour in School-Aged Children*) et ESPAD (*European school Survey on Alcohol and Other drugs*), conduites en milieu scolaire afin de fournir un dispositif d'observation auprès de l'ensemble de la population adolescente scolarisée.

SÉLECTION D'UN MEMBRE DU FOYER SUR LIGNE FIXE

Dans l'échantillon des numéros de téléphone fixe, une fois le ménage atteint, il devait, pour être éligible, comporter au moins une personne âgée de 18 à 75 ans, résidant habituellement² dans le foyer pendant la durée de l'étude, parlant le français et avec laquelle un dialogue était possible³. L'individu était alors sélectionné parmi les différentes personnes éligibles, selon la méthode proposée par Leslie Kish [13], qui consiste à lister dans un premier temps l'ensemble des membres du foyer, puis à procéder à un tirage au sort de l'individu à

1. Cette enquête sera coordonnée par l'OFDT, le service médical du rectorat de Toulouse avec le support de l'UMR1027 Inserm-Université Toulouse III et la contribution de l'Éducation nationale (DGESCO, DEPP). L'enquête HBSC est coordonnée par le service médical du rectorat de Toulouse et l'enquête ESPAD est réalisée par l'OFDT.

2. Dans le cas d'une personne ayant deux domiciles (ex. : étudiants), les enquêteurs avaient pour consigne de la compter uniquement si elle était présente au moins quatre jours par semaine au domicile contacté.

3. Les personnes présentant une incapacité mentale ou physique les empêchant de répondre à l'enquête téléphonique étaient par ailleurs considérées comme non-éligibles.

interroger, effectué par le système informatique (avec la même probabilité de tirage pour chaque personne éligible du foyer).

SÉLECTION DE LA PERSONNE QUI DÉCROCHE SUR LIGNE MOBILE

Au sein de l'échantillon mobile, la personne sélectionnée était celle qui répondait au téléphone, si elle était âgée de 18 à 75 ans, si elle résidait en France métropolitaine, si elle parlait le français², s'il était possible d'établir un dialogue avec elle et si son numéro de téléphone mobile n'était pas à usage exclusivement professionnel. Il s'agit ici d'une évolution relativement aux éditions précédentes, pour lesquelles la sélection du participant à l'enquête s'effectuait parmi les « utilisateurs réguliers » du téléphone portable. Toutefois, lors du Baromètre santé 2016, la personne ayant répondu à l'appel sur téléphone mobile était dans 97,4 % des cas l'unique utilisateur de la ligne, ce qui justifie cette simplification méthodologique.

FAVORISER LA PARTICIPATION

L'obtention d'un taux de réponse le plus élevé possible est un enjeu fort des enquêtes dont l'échantillon est constitué de manière aléatoire. En effet, il existe des différences de comportements de santé entre les individus disposés à répondre à une enquête de ce type dès le premier contact et ceux qui, au contraire, ont tendance à refuser de prime abord [14-16]. Dans l'objectif d'obtenir les résultats les plus représentatifs possibles de la population française, il est donc primordial de minimiser la non-réponse. Ainsi, différentes mesures ont été mises en place afin de favoriser la participation à l'enquête.

PROTOCOLE D'APPEL

Un protocole d'appel a été mis en place afin de maximiser les chances de joindre les personnes dont le numéro de téléphone avait été tiré au sort. Les plages horaires des interviews étaient 9h00-20h30 du lundi au vendredi et 9h30-16h00 le samedi. Chaque numéro de téléphone était appelé jusqu'à quarante fois, l'enquêteur laissant sonner jusqu'à six fois. En cas de numéro occupé, le rappel était effectué quinze minutes plus tard. En cas de non-réponse,

le numéro était rappelé trois heures plus tard du lundi au vendredi jusqu'à 17h00, une heure trente plus tard du lundi au vendredi de 17h à 19h et le samedi entre 9h30 et 16h00.

Chaque numéro de téléphone était appelé sur plusieurs jours, incluant au moins deux appels le samedi, avant d'être classé, après vingt-cinq tentatives, comme injoignable. Si au moins un contact avait eu lieu avec une personne, quarante tentatives d'appels devaient être effectuées avant de classer le numéro comme injoignable.

Si l'individu sélectionné n'était pas présent ou disponible au moment du contact, un rendez-vous téléphonique lui était proposé. Une possibilité de rendez-vous « hors plage horaire » était offerte si la personne sélectionnée n'était pas joignable durant les horaires habituels d'appel. Par ailleurs, une interruption de questionnaire était possible dès lors que l'enquête souhaitait s'arrêter pour des raisons personnelles : il lui était alors proposé un rendez-vous pour poursuivre l'entretien à l'endroit même où il avait été arrêté.

RAPPEL DES REFUS

Les personnes ayant manifesté une première fois leur refus de participer à l'enquête ont été recontactées par une équipe d'enquêteurs spécifiquement formée à cette phase de « rappel des refus ». Ces rappels étaient effectués environ quinze jours après le premier refus. Une dernière phase consistait à rappeler les personnes ayant refusé une seconde fois, ainsi que celles ayant abandonné le questionnaire en cours de passation, en proposant une incitation financière d'un montant de vingt euros. Ce protocole de rappel est classique dans les enquêtes aléatoires et se justifie par le fait qu'une partie importante des refus n'ont pas été clairement exprimés. C'est notamment le cas des codages en refus qui correspondent à des personnes ayant raccroché en cours de conversation deux fois lors des premiers appels. En effet, lorsqu'une personne raccroche une première fois et que l'enquêteur n'a pas eu le temps de donner d'explication sur le contenu de l'enquête, le numéro est mis en rendez-vous indéterminé (numéro à rappeler). En outre, dans le cas de l'échantillon des lignes fixes, un refus a pu être exprimé avant que la sélection n'ait été effectuée parmi les éligibles du foyer (refus ménage) et un nouvel appel pouvait permettre ainsi de joindre une autre personne du foyer plus disposée à répondre.

DÉPÔT D'UN MESSAGE PRÉENREGISTRÉ SUR ÉCHANTILLON FILAIRE

Un message préenregistré a été déposé sur les répondeurs après dix appels infructueux (sans réponse) : « Bonjour, je vous appelle de la part de Santé publique France. Nous cherchons à vous joindre pour une enquête scientifique d'intérêt général sur les comportements liés à la santé. Vous faites partie des 25 000 personnes sélectionnées pour évaluer les comportements de santé de l'ensemble de la population et votre participation est donc essentielle. Nous vous recontacterons ultérieurement. Vous pouvez également vous renseigner sur cette enquête à l'adresse www.bs2017.fr ».

ENVOI D'UN SMS SUR ÉCHANTILLON MOBILE

Un SMS a été envoyé de manière automatique sur tous les numéros de mobile après cinq appels infructueux : « Santé publique France cherche à vous joindre pour son enquête Baromètre santé. Merci de votre précieuse participation. Plus d'informations sur www.bs2017.fr ».

ENVOI D'UNE LETTRE-ANNONCE AUX LISTES BLANCHES

Une lettre-annonce à en-tête de Santé publique France, mettant l'accent sur l'importance de l'étude, a été envoyée à tous les ménages sollicités et figurant dans l'annuaire. Son envoi s'est fait au fur et à mesure de l'ouverture des lots de numéros, de sorte que la lettre n'arrive pas trop tôt avant les tentatives d'appel. Les ménages dont le numéro ne figurait pas dans l'annuaire inversé pouvaient se la voir proposer au moment de l'appel. La lettre-annonce figure en Annexe 1.

L'impact de l'envoi d'une lettre-annonce sur la participation a été évalué dans cette enquête en modifiant le protocole pour un lot de numéros de téléphone fixe, de taille réduite. Pour ce lot de 10 000 numéros générés, aucun courrier n'était envoyé aux personnes dont les coordonnées avaient été retrouvées dans l'annuaire inversé. Le taux de participation obtenu pour ce lot peut ainsi être comparé à celui mesuré dans le reste de l'échantillon.

HOTLINE ET ADRESSE MAIL DÉDIÉE

Une *hotline* (01 71 25 21 07), ainsi qu'une adresse mail dédiée (bs2017.santepubliquefrance@ipsos.com), étaient disponibles durant toute la durée de l'enquête afin de garantir qu'il s'agissait bien d'une enquête réalisée par Ipsos Observer pour le compte de Santé publique France, d'apporter des précisions sur l'intérêt de l'enquête et d'offrir la possibilité de prendre rendez-vous ou d'exprimer le refus de participer.

APPELS EN NUMÉROS DÉMASQUÉS

Plusieurs numéros ont été utilisés au cours du terrain d'enquête afin d'essayer de contourner les cas de personnes ne répondant pas et « filtrant » l'appel suite à la présentation d'un numéro. Les numéros utilisés ont en outre été adaptés en fonction de l'échantillon (numéros commençant par 06 pour les appels sur mobile) ou de la zone géographique pour les numéros de téléphone fixe. Les numéros utilisés étaient les suivants : 01 71 25 12 69 ; 02 72 96 00 72 ; 03 45 81 01 79 ; 04 26 70 02 19 ; 05 40 13 01 38 ; 06 46 19 56 50. Le rappel de l'ensemble de ces numéros renvoyait sur la *hotline*.

SITE INTERNET DÉDIÉ : www.bs2017.fr

Enfin, les enquêtés pouvaient se référer à une annonce visible sur la page d'accueil du site de Santé publique France, de même qu'à un site de présentation de l'enquête qui avait été développé spécifiquement. L'objectif de ce site était multiple. Les enquêteurs pouvaient y faire référence dans le cadre de leur argumentation pour motiver les personnes à répondre à l'enquête. En outre, deux fonctionnalités y avaient été intégrées afin de rassurer les personnes sur l'intérêt de l'enquête et sur la méthodologie employée, reposant sur la génération aléatoire de numéros :

- possibilité de vérifier que son numéro de téléphone avait bien été généré pour participer à l'enquête ;
- possibilité de prendre rendez-vous en ligne pour répondre à cette enquête, en précisant jour et plage horaire de préférence. Suite à une prise de rendez-vous sur le site internet, un SMS de confirmation était envoyé, ainsi qu'un SMS rappelant le rendez-vous téléphonique vingt-quatre heures

avant l'entretien programmé, pour les personnes disposant d'un numéro de téléphone mobile.

Les autres rubriques du site internet comprenaient : une présentation générale de l'enquête, de ses objectifs et de Santé publique France ; une description générale des Baromètres santé et un renvoi vers les principaux résultats publiés lors des éditions précédentes ; une page de questions/réponses informant sur la méthode de génération aléatoire, l'institut de sondage, la confidentialité des données, l'importance de participer à l'enquête ; les contacts (téléphone et mail) pour obtenir plus de renseignements.

TERRAIN D'ENQUÊTE

DISPOSITIF MIS EN PLACE

Le terrain a été confié à l'institut de sondage Ipsos Observer. La méthode de collecte assistée par téléphone et informatique (CATI) qui a été utilisée repose sur un système interactif améliorant la productivité des enquêteurs et des chefs d'équipe dans le recueil des données. Elle s'est appuyée sur le logiciel *Quancept* qui gère l'organisation des appels téléphoniques et la composition des numéros, les prises de rendez-vous et les reprises d'interview, mais aussi la gestion du déroulement du questionnaire (notamment les filtres et les tests logiques), certains contrôles de cohérence en temps réel des réponses, ou encore l'organisation de la rotation aléatoire des modalités ou des items. Ce système permet en outre de contrôler à tout moment des indicateurs tels que l'évolution des taux de refus (global ou par enquêteur) ou de la durée moyenne des différents modules du questionnaire.

Une enquête-pilote a été menée en novembre 2016 auprès de deux-cent-une personnes afin de tester le questionnaire et le bon fonctionnement des filtres. L'enquête s'est pour sa part déroulée sur le site de Plérin, du 5 janvier au 29 juin 2017, et sur le site de Bordeaux pour ce qui concerne les rappels des refus, du 9 février au 18 juillet 2017. Au total, cent-six enquêteurs et sept chefs d'équipe ont été impliqués dans la réalisation de cette enquête, formés lors de quatre sessions de deux jours de formation. Les objectifs de la formation des enquêteurs étaient de présenter l'enquête et sa finalité, ainsi que l'institution qui la conduisait. Des informations relatives à l'ensemble des thématiques abordées étaient délivrées : état des connaissances, niveaux de consommations, lexique sur les différentes

drogues illicites, liste de numéros de ligne d'aide à distance pour rediriger les enquêtés qui en exprimeraient le besoin. Le questionnaire a été lu dans son intégralité (tous les cas de figure ont été explorés afin de tester les nombreux filtres présents dans le questionnaire) et expliqué (comment poser les questions, indiquer les relances). Les enquêteurs ont pu s'entraîner au cours de ces séances jusqu'à ce que la passation du questionnaire soit correcte. Une attention particulière a été portée aux questions dont l'impact émotionnel pouvait être important (aussi bien pour la personne interrogée que pour l'enquêteur), dont la plupart concernent les événements de vie douloureux et la thématique du suicide. Les numéros des lignes d'appel d'urgence (notamment celui de Suicide Écoute) ont été fournis aux enquêteurs afin qu'ils puissent réorienter les personnes interrogées qui auraient été déstabilisées par certaines questions ou simplement désireuses d'être soutenues. Il a également été rappelé aux enquêteurs que, dans les situations de gêne ou de mal-être de la personne interrogée, la consigne était de passer la question ou le groupe de questions sans insister.

La formation permettait enfin de rappeler le principe d'un sondage aléatoire. Afin de favoriser la participation des individus à l'enquête, une liste d'arguments a été constituée pour faire face aux différents motifs de refus avancés par les personnes appelées (intérêt de l'enquête, possibilité de prendre rendez-vous, possibilité de faire l'entretien en plusieurs fois, etc.). Celle-ci proposait des exemples concrets sur l'utilité de ce type d'enquêtes pour la santé publique, que les enquêteurs ont appris à maîtriser au cours de la formation (Annexe 2).

OUVERTURE DES LOTS DE NUMÉROS

Au total, 24 398 sur 160 790 numéros de téléphone fixe et 997 sur 100 565 numéros de téléphone mobile ont été associés à une adresse postale (respectivement 15,2 % et 1,0 % des numéros exploités). Les numéros ont été répartis, pour l'échantillon fixe comme pour l'échantillon mobile, en onze lots de numéros de taille variable, afin de pouvoir atteindre le plus précisément possible la taille finale d'échantillon souhaitée. Les lots ont été ouverts régulièrement durant le terrain d'enquête, à un rythme d'environ un tous les quinze jours, afin de s'assurer que leurs exploitations soient homogènes. Les derniers lots ont été ouverts le 22 mai pour l'échantillon fixe, le 2 juin pour l'échantillon mobile, soit six semaines avant la fin du terrain d'enquête (Tableau III).

TABLEAU III | Répartition et dates d'ouverture des lots de numéros

Lots	Échantillon fixe					Échantillon mobile				
	Numéros générés	Numéros mis sur le terrain	Avec adresse	% avec adresse	Ouverture des lots	Numéros générés	Numéros mis sur le terrain	Avec adresse	% avec adresse	Ouverture des lots
1	59 994	22 696	3 209	14,1 %	06 janvier	29 883	21 269	223	1,0 %	05 janvier
2	59 986	20 826	3 220	15,5 %	27 janvier	19 912	13 052	138	1,1 %	02 février
3	59 990	18 532	3 099	16, %	23 février	9 954	7 231	71	1,0 %	24 février
4	39 998	16 755	2 202	13,1 %	03 mars	9 956	7 226	74	1,0 %	07 mars
5	59 993	24 914	3 512	14,1 %	17 mars	9 956	7 131	73	1,0 %	21 mars
6*	10 000	4 227	544	12,9 %	14 mars	4 980	3 852	38	1,0 %	30 mars
7	39 981	17 020	2 559	15,0 %	30 mars	19 909	15 411	142	0,9 %	07 avril
8	19 993	8 466	1 193	14,1 %	08 avril	9 953	7 849	68	0,9 %	26 avril
9	30 123	11 595	2 023	17,4 %	28 avril	15 629	10 261	99	1,0 %	09 mai
10	9 996	4 178	548	13,1 %	13 mai	7 293	4 735	44	0,9 %	22 mai
11	30 116	11 581	2 289	19,8 %	22 mai	4 170	2 548	27	1,1 %	02 juin
TOTAL	420 170	160 790	24 398	15,2 %		141 595	100 565	997	1,0 %	

* Pour le lot 6, d'une taille réduite, un essai sans envoi de lettre-annonce a été effectué.

SUIVI DU TERRAIN

Entre dix et soixante-dix enquêteurs étaient affectés chaque jour sur l'étude, travaillant de quatre à sept heures par jour. L'avancée du terrain était vérifiée quotidiennement et un point était effectué avec les chefs d'équipe sur les problèmes rencontrés. Par ailleurs, différents types de suivis étaient mis à disposition de Santé publique France :

- suivi hebdomadaire des statistiques par enquêteur (taux de refus, taux d'abandons, durée moyenne d'interview) ;
- suivi des contacts, deux fois par semaine, comprenant les bilans intermédiaires d'exploitation des différents lots de numéros (nombre de numéros appelés, nombre moyen d'appels effectués, nombre de rendez-vous pris, de refus, d'interviews réalisées, d'abandons en cours de questionnaire) ;
- en fin d'enquête, séance de débriefing pour faire le bilan de l'enquête avec l'ensemble des équipes engagées.

Une société de surveillance (CDA) était également mobilisée pour veiller à la bonne passation des questionnaires, à l'adéquation de la prise de contact, au respect du protocole d'appel, notamment concernant la procédure de sélection des personnes à interroger et la bonne codification des refus. Elle

intervenait à distance, depuis les locaux d'Ipsos Observer, et était présente deux fois par mois sur le terrain de l'enquête. Tous les enquêteurs devaient être écoutés au moins une fois, et un bilan mensuel portant sur les effectifs d'enquêteurs présents et rapportant les commentaires des écoutes était envoyé à Santé publique France.

BILAN D'EXPLOITATION

PARTICIPATION À L'ENQUÊTE

Finalement, 25 319 personnes ont été interrogées, comprenant 9 717 individus joints par un numéro de téléphone fixe et 15 602 individus joints par un numéro de téléphone mobile. La durée moyenne des interviews était de trente et une minutes, sur fixe comme sur mobile.

Pour déterminer le taux de participation à l'enquête, il est nécessaire de rapporter le nombre de répondants au nombre d'individus éligibles. En considérant comme éligibles, en plus des répondants, l'ensemble des refus (ménages et individus) et abandons, ainsi que l'ensemble des ménages non-joints après contact, les taux de participation s'élèvent à 41,0 % dans l'échantillon fixe et à 39,4 % dans l'échantillon mobile. Toutefois, cette hypothèse est pessimiste dans la mesure où les refus-ménages immédiats, de même que les ménages non-joints

après contact, interviennent avant que l'on ait pu déterminer l'éligibilité. Une seconde approche, décrite plus en détail par ailleurs [17], est d'appliquer à ces cas un taux d'éligibles identique à celui observé parmi les numéros dont l'éligibilité a pu être qualifiée. Ce taux d'éligibles est ainsi estimé à 65 % dans l'échantillon fixe et à 71 % dans l'échantillon mobile, et les taux de participation « révisés » sont alors de 49,7 % dans l'échantillon fixe, de 47,4 % dans l'échantillon mobile et de 48,5 % dans l'échantillon global (Tableau IV). Ce taux de participation apparaît ainsi proche de celui observé lors du Baromètre santé 2016 (52 % pour l'échantillon fixe ; 48 % pour l'échantillon mobile), mais en baisse relativement au Baromètre santé 2014 (56,6 %).

Notons également la part importante de numéros n'aboutissant à aucun contact : 41 % dans l'échantillon des numéros de téléphone fixe et 28 % dans celui des numéros de téléphone mobile. Dans nos modes de calcul, ces numéros sont aujourd'hui considérés comme n'étant associés à aucun ménage, alors

qu'une proportion, certes inestimable, d'entre eux pourrait correspondre à des ménages/personnes refusant de décrocher à un appel de provenance inconnue.

INSISTANCE

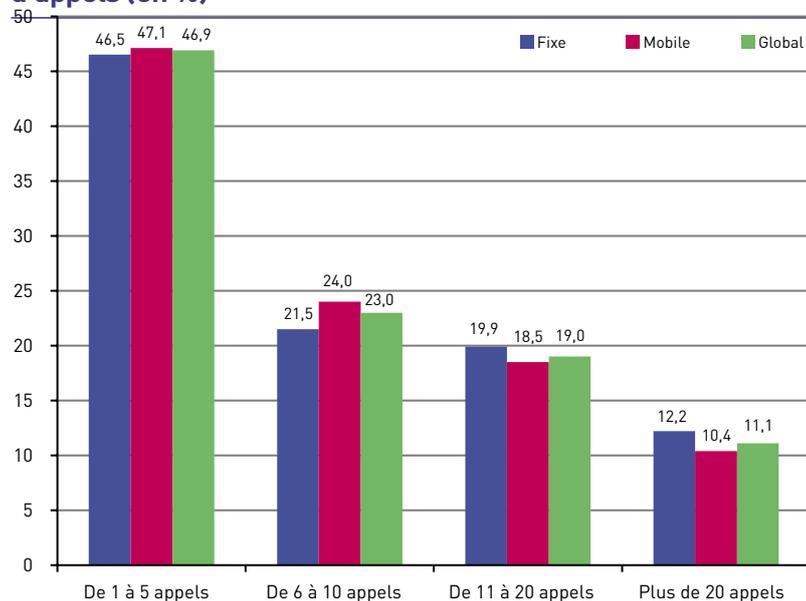
Le nombre moyen d'appels nécessaires pour obtenir une interview était de 9,2 (9,5 sur fixe et 9,0 sur mobile). Si près de la moitié des interviews ont été réalisées lors des cinq premiers appels, près d'un quart l'ont été après six à dix appels, 19 % après onze à vingt appels et plus d'une interview sur dix a nécessité plus de vingt appels téléphoniques, sans différence notable entre les échantillons fixe et mobile (Figure 1). Selon plusieurs critères, les caractéristiques des répondants varient en fonction du nombre d'appels nécessaires pour les joindre. Par exemple, la proportion de personnes âgées de 25 à 54 ans parmi les répondants augmente quand

TABLEAU IV | Bilan d'exploitation du Baromètre santé 2017

	Fixe		Mobile		Global	
Numéros générés après passage par l'automate d'appels	160 790		100 565		261 355	
Numéros hors cible (collectivités, entreprises)	25 747		2 868		28 615	
Numéros non-attribués	81 120		32 884		114 004	
Fax	2 595		829		3 424	
Numéros joignables	51 328		63 984		115 312	
Ménages inéligibles : résidence secondaire / hors champ géographique / non-francophone / dialogue impossible	1 443		256		1 699	
Hors tranche d'âge	4 606		3 973		8 579	
Individus inéligibles	420		2 325		2 745	
Numéros non-joints	21 182		17 840		39 022	
Numéros contactés	23 677	100 %	39 590	100 %	63 267	100 %
Ménages non-joints après contact	3 755	15,9 %	8 919	22,5 %	12 674	20,0 %
Refus ménage / Refus avant sélection	8 008	33,8 %	14 376	36,3 %	22 384	35,4 %
Refus individu éligible	1 916	8,1 %	non adapté*		1 916	3,0 %
Abandon	281	1,2 %	693	1,8 %	974	1,5 %
Interviews complètes	9 717		15 602		25 319	
Taux de participation		41,0 %		39,4 %		40,0 %

	Fixe-révisé	Mobile-révisé	Global-révisé
e: taux d'éligibles (nombre d'éligibles / nombre d'éligibles+ nombre de non éligibles)	0,65	0,71	0,86
Refus ménages révisés (X e)	5 190	10 252	19 338
Ménages non-joints après contact révisés (X e)	2 434	6 361	10 949
Numéros contactés révisés	19 538	32 908	58 496
Interviews complètes	9 717	15 602	25 319
Taux de participation (révisé)	49,7 %	47,4 %	48,5 %

*Les refus de la personne décrochant sur téléphone mobile ont lieu avant d'avoir pu déterminer l'éligibilité (lieu de résidence et âge).

FIGURE 1 | Répartition des interviews selon le nombre d'appels (en %)

le nombre d'appels nécessaires pour contacter ces personnes augmente. Il en est de même pour la proportion de personnes en emploi, qui passe de 51 % parmi les répondants lors des cinq premiers appels à 66 % parmi les répondants après plus de vingt appels, ainsi que pour la proportion de foyers de taille importante (Tableau V). En revanche, le nombre d'appels effectués ne semble pas corrélé à la répartition selon le sexe, le niveau de diplôme ou les revenus par unité de consommation. Il apparaît ainsi que l'insistance élevée pour joindre les personnes permet essentiellement d'inclure des personnes peu disponibles, du fait ici de leur travail ou de la taille de leur foyer.

TABLEAU V | Caractéristiques des répondants selon le nombre d'appels nécessaires pour réaliser l'interview (pourcentages bruts)

	De 1 à 5 appels	De 6 à 10 appels	De 11 à 20 appels	Plus de 20 appels
	%	%	%	%
Sexe				
Hommes	45,2	46,2	46,1	47,0
Classes d'âge				
18-24 ans	8,6	9,4	8,6	10,5
25-34 ans	13,0	15,3	16,7	17,0
35-44 ans	15,8	17,5	19,4	20,4
45-54 ans	18,8	20,5	20,3	21,6
55-64 ans	22,1	20,2	19,7	18,3
65-75 ans	21,7	17,1	15,4	12,2
Niveau de diplôme en 3 modalités				
Inférieur au bac	39,4	37,4	36,6	35,9
Bac	21,1	21,5	21,0	23,7
Supérieur au bac	39,5	41,1	42,4	40,5
Situation professionnelle				
Travail	50,9	59,5	63,4	65,6
Études	5,9	6,0	5,2	6,9
Chômage	8,0	6,9	6,1	6,3
Retraité	28,8	22,3	20,7	16,5
Autres inactifs	6,5	5,4	4,5	4,7
Taille du foyer				
1 personne	24,6	21,3	21,7	20,7
2 personnes	38,3	35,5	33,2	31,1
3 personnes	15,0	17,6	17,6	18,0
4 personnes	14,3	17,3	19,1	19,1
5 personnes et plus	7,8	8,3	8,5	11,1
Revenus par unité de consommation				
1 ^{er} tercile (faible)	29,4	28,0	26,9	29,5
2 ^e tercile	32,4	31,8	33,7	33,8
3 ^e tercile (élevé)	33,8	35,4	34,4	31,5
NSP/Refus	4,4	4,9	4,9	5,1

IMPACT DU RAPPEL DES REFUS

Parmi les 25 319 répondants, 20 598 ont été contactés durant la première phase d'appels, 3 969 après un premier rappel des personnes ayant refusé de participer et 752 lors du deuxième rappel (Tableau VI). Finalement, 18,6 % des interviews ont été réalisées lors des phases de rappel, un peu plus souvent sur mobile (19,8 %) que sur fixe (16,8 %). Les caractéristiques des répondants se révèlent légèrement

différentes selon les phases d'appel. En particulier, le premier rappel semble favoriser la participation des hommes, des personnes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat et des retraités. Lors du deuxième rappel, on observe une proportion plus importante d'hommes à nouveau, mais également de personnes au chômage ou inactives, ainsi que de personnes ayant les plus faibles ressources financières. Ces différences dans les profils de répondants pourraient s'expliquer par l'incitation financière qui était proposée, et qui a pu s'avérer être une source de motivation plus importante pour les personnes disposant des plus faibles ressources (Tableau VII).

TABLEAU VI | Effectifs de répondants selon les phases d'appels

	Fixe		Mobile		Global	
Étude principale	8 086	83 %	12 512	80 %	20 598	81 %
Premier rappel des refus	1 385	14 %	2 584	17 %	3 969	16 %
Second rappel des refus	246	3 %	506	3 %	752	3 %
TOTAL	9 717	100 %	15 602	100 %	25 319	100 %

TABLEAU VII | Caractéristiques des répondants selon la phase d'appel (pourcentages bruts)

	Étude principale	1 ^{er} rappel	2 ^e rappel
Effectifs	20 598	3 969	752
Sexe (%)			
Hommes	45,4	47,1	50,5
Classes d'âge			
18-24 ans	9,2	7,5	10,8
25-34 ans	15,2	12,1	15,0
35-44 ans	17,5	16,4	18,1
45-54 ans	19,8	20,3	16,8
55-64 ans	20,7	21,8	19,4
65-75 ans	17,7	21,9	19,9
Niveau de diplôme en 3 modalités			
Inférieur au bac	36,8	44,2	38,3
Bac	21,8	19,2	23,0
Supérieur au bac	41,3	36,6	38,6
Situation professionnelle			
Travail	57,5	54,7	51,6
Études	6,1	4,4	7,3
Chômage	7,2	6,7	9,4
Retraité	23,6	28,4	25,5
Autres inactifs	5,6	5,8	6,1
Taille du foyer			
1 personne	23,7	19,0	21,7
2 personnes	35,3	38,5	37,8
3 personnes	16,3	16,7	17,3
4 personnes	16,4	16,9	15,0
5 personnes et plus	8,3	9,0	8,2
Revenus par unité de consommation			
1 ^{er} tercile (faible)	28,5	28,8	30,2
2 ^e tercile	32,8	31,8	32,4
3 ^e tercile (élevé)	34,5	32,2	30,6
NSP/Refus	4,2	7,1	6,8

BILANS DES DIFFÉRENTS OUTILS D'INFORMATION

Hotline

Sur l'ensemble de la durée du terrain, la *hotline* a traité 11 585 appels, et 127 mails ont été reçus. Les motivations des appels étaient dans 16 % des cas l'expression d'un refus, dans 15 % des cas une demande d'informations (Tableau VIII). Par ailleurs, ces appels ont abouti à la prise de 3 300 rendez-vous (28,5 % des appels), et au classement de 890 personnes en hors-cible (7,7 % des appels).

Lettre-annonce, SMS, site internet

Une lettre-annonce a été envoyée à 25 395 ménages : 24 398 dans l'échantillon des numéros de téléphone fixe, 997 dans l'échantillon des numéros de téléphone mobile. Ces envois ont abouti à 5 798 interviews réalisées sur fixe (60 % des interviews) et 351 sur mobile (2 % des interviews), ce qui représente un quart des foyers pour lesquels un courrier a été envoyé sur fixe et un tiers sur mobile. Par ailleurs, 7 667 messages ont été déposés sur le répondeur des lignes fixes, ayant généré 337 interviews (3 % des interviews), et 25 793 SMS ont été envoyés sur des

TABLEAU VIII | Description des issues des appels sur la hotline

Issues des appels sur la hotline	Nombre	%
Rendez-vous pris	3 307	28,5
Raccroche sans parler	3 642	31,4
Demande d'informations	1 749	15,1
Refus	1 807	15,6
Hors-cible	890	7,7
Autres	190	1,7

numéros de téléphone mobile, ayant généré 1 575 interviews (10 % des interviews). Enfin, un peu plus de 3 600 utilisateurs distincts ont utilisé le site internet dédié à l'enquête : 2 700 personnes ont vérifié que leur numéro de téléphone avait bien été généré pour l'enquête, dont un peu plus de 1 700 faisaient partie des numéros mis en exploitation, et 190 personnes ont pris un rendez-vous par l'intermédiaire du site internet (Tableau IX).

Effet de la lettre-annonce

La comparaison des bilans d'exploitation des numéros en liste blanche selon l'envoi préalable ou non d'une lettre-annonce est présentée dans le Tableau X. Elle révèle que l'envoi de la lettre-annonce a un impact léger sur le taux de ménages contactés (56 % des numéros joignables avec envoi vs 54 % sans envoi). En revanche, l'envoi réduit sensiblement le taux de refus ménage, c'est-à-dire avant que la sélection soit effectuée, qui passe de 44,2 % à 28,6 %, tandis que le taux de refus exprimés par l'individu sélectionné apparaît stable, autour de 8 %. Au total, le taux de participation atteint 48,2 % avec information préalable, contre 32,3 % sans envoi de lettre-annonce.

TABLEAU IX | Indicateurs d'activités du site internet bs2017.fr

Nombre d'utilisateurs distincts	3 626
Tests de validation de numéro de téléphone	2 699
dont tests réalisés par des personnes dont le numéro faisait partie de la base	1 736
Nombre de rendez-vous pris	190

TABLEAU X | Bilans d'exploitation des numéros de téléphone fixe en liste blanche, avec et sans envoi de lettre-annonce

	Liste blanche			
	Avec envoi de lettre-annonce	Sans envoi de lettre-annonce		
Numéros générés après passage par l'automate d'appels	23 854	544		
Numéros utilisables	2 623	78		
NUMÉROS JOIGNABLES	21 231	466		
Inéligibles : résidence secondaire / hors champ géographique / hors tranche d'âge / dialogue impossible	4 069	85	19,2 %	18,2 %
Numéros non-joints	5 304	130	25,0 %	27,9 %
NUMÉROS CONTACTÉS	11 858	251	100 %	100 %
Ménages non-joints après contact	1 681	36	14,2 %	14,3 %
Refus ménage	3 394	111	28,6 %	44,2 %
Refus individu	915	21	7,7 %	8,4 %
Abandon	151	2	1,3 %	0,8 %
Interviews complètes	5 717	81		
TAUX DE PARTICIPATION			48,2 %	32,3 %

ACCEPTATION DU RAPPEL À UN AN

La proposition de participer à l'enquête de suivi à un an a été faite à 2 344 personnes, se répartissant de la façon suivante :

- 577 ex-fumeurs ayant arrêté de fumer moins d'un an avant l'enquête ;
- 1 767 fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt au dernier trimestre 2016 ou ayant le projet d'arrêter de fumer dans le mois suivant la date de l'entretien.

Le taux d'acceptation a été de 89,8 %, sans différence selon le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, le niveau de revenus ou le statut tabagique.

CARACTÉRISTIQUES DES ÉCHANTILLONS OBTENUS

Dans l'échantillon final, 63 % des personnes interrogées disposaient d'un numéro de téléphone fixe commençant par 01, 02, 03, 04 ou 05, tandis que 97 % des répondants possédaient au moins un numéro de téléphone mobile. Les caractéristiques sociodémographiques des échantillons obtenus soulignent à quel point cet échantillonnage complexe reflète une réalité sociale différente selon le mode de contact des personnes (fixe ou mobile).

Ainsi, l'échantillon des personnes contactées par un numéro de téléphone fixe est constitué d'une proportion d'hommes moins importante (42 %) que celle observée dans l'échantillon joint sur téléphone mobile (48 %). La part des 15-44 ans y est deux fois

moindre (28 % vs 56 %), et la proportion de personnes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat y est également inférieure (36 % vs 49 %). La population de l'échantillon joint sur fixe comprend à l'inverse une plus grande proportion de couples sans enfants (38 % vs 25 %), de retraités (36 % vs 14 %) et de personnes vivant dans des communes rurales (33 % vs 20 %). La structure de l'échantillon joint par téléphone mobile semble mieux refléter la population cible, avec toutefois quelques différences notables :

sous-représentation des plus âgés (65-75 ans), des foyers de taille importante, ainsi que des personnes pas ou faiblement diplômées (Tableau XI). L'échantillon global apparaît quant à lui relativement proche de la structure attendue en ce qui concerne le sexe, l'âge, la région et la taille d'unité urbaine de résidence, la situation professionnelle et la catégorie socioprofessionnelle. Des écarts demeurent, l'échantillon de notre enquête se révélant plus diplômé et sous-représentant les foyers de trois personnes ou plus.

TABLEAU XI | Structure des échantillons obtenus sur fixe, sur mobile et sur l'ensemble : pourcentages bruts, pourcentages pondérés par le poids de sondage, et comparaison avec la structure de référence issue de l'Enquête Emploi 2016

Effectifs	Fixe		Mobile		Global		Structure de référence*
	9 717		15 602		25 319		
	% bruts	% pondérés ¹	% bruts	% pondérés ¹	% bruts	% pondérés ¹	
Sexe							
Hommes	41,4	42,2	48,6	48,1	45,8	45,9	48,7
Femmes	58,7	57,8	51,4	51,9	54,2	54,1	51,3
Classes d'âge							
18-24 ans	5,8	7,0	11,0	12,5	9,0	10,5	11,2
25-34 ans	6,9	7,0	19,5	23,1	14,7	17,3	17,1
35-44 ans	14,0	13,5	19,5	19,9	17,4	17,6	18,5
45-54 ans	19,4	19,7	20,0	18,4	19,8	18,9	19,5
55-64 ans	25,0	25,0	18,2	15,9	20,8	19,2	18,2
65-75 ans	28,9	27,8	11,8	10,1	18,4	16,5	15,5
Niveau de diplôme en 6 modalités							
Sans diplôme	6,6	6,9	6,2	7,6	6,4	7,3	13,3
Inférieur au bac	37,6	38,0	28,0	27,4	31,7	31,2	35,4
Bac ou équivalent	19,7	20,1	22,6	22,6	21,5	21,7	20,4
Bac +2	11,7	11,5	13,7	13,2	12,9	12,6	12,8
Bac +3/+4	14,1	13,6	15,1	15,1	14,7	14,6	7,6
Bac +5 ou plus	10,3	9,8	14,5	14,1	12,9	12,6	10,5
Taille du foyer							
1 personne	24,9	18,7	21,6	25,9	22,9	23,3	17,4
2 personnes	40,7	42,4	32,9	31,5	35,9	35,4	34,2
3 personnes	13,4	15,0	18,3	17,5	16,4	16,6	18,9
4 personnes	14,3	16,0	17,8	16,2	16,4	16,1	19,3
5 personnes et plus	6,7	7,9	9,4	9,0	8,4	8,6	10,2
Région							
Île de France	13,3	13,0	20,0	20,8	17,4	17,9	19,0
Grand-Est	9,2	9,2	8,1	8,1	8,5	8,5	8,6
Hauts-de-France	8,2	8,6	8,7	8,6	8,5	8,6	9,3
Normandie	6,2	6,2	4,9	4,9	5,4	5,4	5,1
Centre-Val de Loire	4,4	4,4	3,6	3,4	3,9	3,8	4,0
Bourgogne-Franche-Comté	5,1	5,1	4,1	3,8	4,5	4,3	4,4
Bretagne	6,7	6,7	5,0	4,8	5,6	5,5	5,1
Pays-de-la-Loire	7,1	7,2	5,8	5,3	6,3	6,0	5,7
Nouvelle-Aquitaine	10,4	10,2	9,4	9,2	9,8	9,5	9,2
Auvergne-Rhône-Alpes	13,8	13,9	12,7	12,8	13,1	13,2	12,2
Occitanie	9,3	9,5	9,4	9,5	9,4	9,5	9,1
PACA et Corse	6,3	6,1	8,3	8,9	7,5	7,9	8,3
Taille d'unité urbaine							
Commune rurale	32,2	33,1	22,8	20,4	26,4	25,0	24,0
< 20 000 habitants	18,9	19,0	16,0	15,1	17,1	16,5	16,8
20 000 - 99 999 habitants	12,8	12,7	12,6	12,8	12,6	12,8	12,1
100 000 - 199 999 habitants	5,7	5,7	5,9	6,1	5,8	5,9	4,9
>= 200 000 habitants	18,9	18,5	25,0	26,9	22,7	23,9	25,7
Agglomération parisienne	11,4	11,1	17,7	18,6	15,3	15,9	16,6

TABLEAU XI | suite

	Fixe		Mobile		Global		Structure de référence*
Situation professionnelle							
Travail	47,6	47,5	62,6	61,3	56,9	56,3	58,7
Études	4,0	4,9	7,1	8,2	5,9	7,0	5,0
Chômage	5,3	5,4	8,3	10,1	7,2	8,4	6,2
Retraité	37,0	35,9	16,6	14,3	24,4	22,1	30,2
Autres inactifs	6,1	6,3	5,4	6,1	5,7	6,1	
PCS parmi les actifs							
Agriculteurs exploitants	2,4	2,5	1,5	1,2	1,8	1,6	1,7
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4,3	4,4	6,0	6,0	5,5	5,5	6,3
Cadres et professions intellectuelles	16,9	16,0	19,0	17,5	18,4	17,0	17,2
Professions Intermédiaires	28,9	28,5	29,2	28,5	29,1	28,5	25,1
Employés	29,9	30,5	26,2	27,1	27,3	28,1	27,9
Ouvriers	17,7	18,0	18,1	19,7	18,0	19,2	21,8
Structure du ménage							
Ménage d'une seule personne	24,9	18,7	21,6	25,9	22,9	23,3	17,5
Famille monoparentale	7,9	7,3	9,7	10,2	9,0	9,1	8,7
Couple sans enfant	36,0	38,2	26,9	24,7	30,4	29,6	28,5
Couple avec enfant(s)	30,6	35,1	39,2	35,8	35,9	35,6	41,7
Autre situation	0,7	0,8	2,6	3,5	1,9	2,5	3,7

* Enquête Emploi 2016

† : poids de sondage, tenant compte de la probabilité d'inclusion dans les échantillons

PROBABILITÉ D'INCLUSION ET REDRESSEMENT

L'approche retenue dans cette enquête est identique à celle utilisée depuis le Baromètre santé 2014 [11]. Elle repose sur une première pondération tenant compte du poids de sondage, suivie d'une post-stratification permettant de corriger l'échantillon sur des critères multiples d'ajustement (sexe, âge, niveau de diplôme, taille d'agglomération, etc.) obtenus par des informations auxiliaires externes. Cette repondération des répondants sur des distributions connues suppose que, dans chaque catégorie définie par les variables de redressement, répondants et non-répondants sont en moyenne semblables.

est obtenue en faisant la somme, pour chacun de ses numéros, de la probabilité de tirage du numéro divisé par le nombre d'éligibles joignables sur ce numéro. L'application directe du taux de sondage revient à ne pas tenir compte de la non-réponse totale dans chacun des échantillons. Sa prise en compte, par exemple par un modèle de réponse naïf (pondérations des individus répondants par le taux de réponse), supposerait que tous les individus (ayant répondu ou non au questionnaire) aient la même probabilité de répondre à l'enquête, et que globalement répondants et non-répondants aient des profils similaires. Nous préférons à cette hypothèse forte la prise en compte de la non-réponse par la post-stratification.

POIDS DE SONDRAGE

Le calcul de la probabilité d'inclusion d'un individu résulte de trois informations :

- probabilité de tirage du numéro appelé (Tableau II) ;
- nombre de numéros de téléphone fixe et mobile de la personne interrogée ;
- nombre de personnes parmi lesquelles la sélection a été effectuée.

La probabilité de sélection d'un individu, en négligeant la probabilité d'être enquêté plusieurs fois,

POST-STRATIFICATION

La post-stratification repose sur la modification du poids de chaque individu de l'échantillon (au départ égal au poids de sondage) afin de corriger les éventuelles erreurs de couverture et de non-réponse, en ayant recours à des informations auxiliaires corrélées avec les variables d'intérêt de l'étude. En modifiant l'échantillon pour le contraindre à adopter la structure de la population globale, il tient compte des spécificités de cette population et améliore de ce fait la représentativité de l'échantillon [18]. Les données ont ainsi été calées sur la structure de référence issue de l'Enquête Emploi 2016, conduite par l'Insee, sur les variables suivantes : sexe croisé par l'âge en tranches

décennales, taille d'unité urbaine, région de résidence, niveau de diplôme, nombre d'habitants dans le foyer (Tableau XI).

ANALYSES RÉGIONALES

Cette enquête ayant été conçue pour produire des estimations au niveau régional, deux pondérations spécifiques supplémentaires ont été créées.

- Un calage sur marges a été réalisé pour respecter la structure sexe croisé par classes d'âges

CONCLUSION

Le bilan méthodologique de cette édition 2017 du Baromètre santé confirme l'importance des efforts fournis pour obtenir la participation des personnes résidant en France à une enquête de santé publique conduite par téléphone. Les résultats présentés soulignent à quel point ils sont indispensables, malgré l'impression justifiée d'acharnement téléphonique. Le coefficient d'insistance élevé, de vingt-cinq appels par numéro, permet par exemple d'inclure des personnes rendues peu disponibles du fait de leur travail, de leurs études ou d'un foyer de taille importante : 19 % des interviews ont nécessité de onze à vingt appels, et plus d'une interview sur dix a nécessité plus de vingt appels téléphoniques. Le rappel des premiers refus par des enquêteurs aguerris à la prise de contact permet quant à lui d'atteindre certaines personnes difficiles à interroger dans ce type d'enquête : c'est le cas des hommes, des personnes les moins diplômées et des personnes les plus âgées. Plus d'une interview sur six a été réalisée par le biais de ce rappel. Les efforts menés pour informer sur l'existence et le contenu de cette enquête ont également montré leurs preuves, comme le soulignent le nombre d'appels entrant sur la *hotline* ou l'efficacité de l'envoi préalable d'une lettre-annonce sur la diminution du taux de refus. Certaines de nos actions mériteraient d'être évaluées rigoureusement, comme l'envoi d'un SMS d'annonce sur mobile ou le dépôt de message sur répondeur, et d'autres pourraient gagner en visibilité, comme en témoigne le nombre relativement faible de vues et de prises de rendez-vous sur le site de l'enquête. Une meilleure appropriation de ces outils inédits par les équipes d'enquêteurs pourrait constituer un levier important pour améliorer la participation à l'enquête.

Malgré ces efforts, le taux de participation présenté ici est proche de 50 %, soit un taux du même ordre

observée dans chacune des régions. Pour les autres variables (niveau de diplôme, taille d'unité urbaine, taille du foyer), la distribution utilisée était celle observée au niveau national.

- Un calage sur marges a été réalisé afin de faire coïncider la structure sexe croisé par classes d'âges observée dans chacune des régions sur la structure observée en France métropolitaine, revenant ainsi à une standardisation des données régionales sur cette variable (sexe croisé par âge). Pour les autres variables (niveau de diplôme, taille d'unité urbaine, taille du foyer), la distribution utilisée était celle observée au niveau national.

que ceux observés précédemment en France ou à l'international (47 % par exemple dans l'enquête BRFS 2016⁴), mais qui interroge sur un éventuel biais de sélection des répondants à cette enquête. La comparaison de l'échantillon obtenu à des structures socioéconomiques de référence révèle peu de différences, à l'exception d'une participation moindre des personnes peu diplômées. Néanmoins, aucune information n'est disponible pour comparer notre échantillon à la population française sur des variables en lien avec le thème de l'enquête : l'intérêt pour les questions de santé, l'état de santé, les usages de substances psychoactives, l'état de santé mentale. Aussi l'hypothèse selon laquelle répondants et non-répondants ont des caractéristiques semblables sur ces sujets est très forte. Afin de pouvoir la tester, des travaux méthodologiques pourront être réalisés visant à comparer plusieurs estimations obtenues dans cette enquête avec des sources d'informations externes : les réponses au mini-module européen pourront par exemple être mises en regard de celles obtenues dans l'Enquête Emploi (en tenant compte d'un mode de passation différent, face-à-face vs téléphone, ainsi que de différences dans les thématiques abordées pouvant engendrer un effet de halo) et la proportion de personnes ayant consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois pourra être comparée aux données disponibles dans les bases de remboursement de l'assurance maladie.

Enfin, l'exploitation des données de cette enquête permettra, à plusieurs titres, d'enrichir les connaissances et d'aider à concevoir les enquêtes à venir.

4. https://www.cdc.gov/brfss/annual_data/2016/pdf/2016-sdqr.pdf

- Le profil des répondants à l'échantillon joint par téléphone mobile semble aujourd'hui plus proche de la structure de la population résidant en France métropolitaine que celui des individus joints par téléphone fixe. Une analyse fine des différences de comportements de santé selon l'échantillon, tenant compte des différences sociodémographiques, permettra d'envisager la faisabilité d'une enquête menée exclusivement sur téléphone mobile. Un tel dispositif permettrait notamment de faire l'économie de la sélection de la personne à interroger, réduisant ainsi la durée du questionnaire et facilitant la prise de contact.
- L'acceptation élevée (90 %) pour l'enquête de rappel à un an offre des perspectives intéressantes sur l'utilisation de cette enquête aléatoire comme base de recrutement pour des cohortes ou des enquêtes complémentaires. Ce taux d'acceptation devra néanmoins être confirmé par les taux de participation et de perdus de vue observés lors du rappel effectué en 2018.
- Un module portant sur la participation actuelle et passée à des panels permettra de dessiner les profils (sociodémographiques, mais également concernant les comportements de santé) des participants selon leur fréquence de participation, et de quantifier ainsi les biais de recrutement occasionnés par ces méthodologies d'enquête utilisées de plus en plus fréquemment.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Baudier F, Dressen C, Alias F. *Baromètre santé 92 : résultats de l'enquête annuelle sur la santé des Français*. Vanves: Comité français d'éducation pour la Santé (CFES); 1994.
- [2] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Santé publique France. *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*. Saint-Maurice; 2017.
- [3] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. *Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019*. Paris: ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2014.
- [4] Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. *Bull Epidemiol Hebd.*, 2017; 12: 214-22.
- [5] Richard JB, Palle C, Guignard R, Cogordan C, Andler R, Nguyen-Thanh V. La consommation d'alcool en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Évolutions*. 2015(32):1-6.
- [6] Chan-Chee C, Gourier-Fréry C, Guignard R, Beck F. État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. *Santé publique*. 2011;(6) Suppl:S13-S30.
- [7] Stead L, Hartmann-Boyce J, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8): Cd002850.
- [8] Guilbert P, Baudier F, Gautier A, Goubert AC, Arwidson P, Janvrin MP. *Baromètre santé 2000, volume 1 : méthode*. Vanves: CFES; 2001.
- [9] Beck F, Guilbert P. Baromètres santé : un éclairage sur leur méthode et leur évolution. In: Beck F, Guilbert P, Gautier A. *Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis: INPES; 2007, 27-43.
- [10] Beck F, Gautier A, Guignard R, Richard JB. Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010. In: Beck F, Richard JB. *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis: INPES; 2013, 27-55.
- [11] Richard JB, Gautier A, Guignard R, Léon C, Beck F. *Méthode d'enquête du Baromètre santé 2014*. Saint-Denis: INPES; 2015.
- [12] Richard JB, Andler R, Gautier A, Guignard R, Léon C, Beck F. Effects of using an overlapping dual-frame design on estimates of health behaviors: a French general population telephone survey. *J Surv Stat Methodol*. 2017;5(2):254-74.
- [13] Kish L. A procedure for objective respondent selection within the household. *J Am Stat Assoc*. 1949;44(287):380-7.
- [14] Guignard R, Wilquin JL, Richard JB, Beck F. Tobacco smoking surveillance: is quota sampling an efficient tool for monitoring national trends? A comparison with a random cross-sectional survey. *PLoS ONE*. 2013;8(10):e78372.
- [15] Firdion JM. L'effet du rang d'appel et de la présence du conjoint dans une enquête par téléphone. *Population*. 1993;48(5):1281-314.
- [16] Beck F, Guilbert P, Gautier A, Arwidson P. L'acharnement téléphonique dans les enquêtes est-il justifié ? In: Guilbert P, Haziza D, Ruiz-Gazen A, Tillé Y. *Méthodes de sondages : cours et cas pratiques*. Paris: Dunod; 2008, 254-9.
- [17] Beck F, Gautier A, Léon C, Guignard R, Richard JB. Méthode d'enquête. In: Beck F, Gautier A. *Baromètre cancer 2010*. Saint-Denis:INPES,2012, 25-43.
- [18] Dupont F. Calage et redressement de la non-réponse totale. *INSEE Méthodes*. 1993;(56-57-58):9-42.

ANNEXE 1 — LETTRE-ANNONCE DE L'ENQUÊTE



Paris, le...

<Prénom> <Nom>
<Adresse>
<CP> <Ville>
<Identifiant>

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Santé publique France, l'agence nationale de santé publique placée sous tutelle du **ministère chargé de la Santé**, mène depuis 1992 les enquêtes appelées « **Baromètres Santé** ».

Cet important dispositif permet de mieux connaître les **opinions et les comportements en matière de santé** des Français et d'**orienter ainsi les politiques de prévention** et d'information de la population.

De janvier à juillet 2017, la **9^{ème} édition** de cette grande enquête sera réalisée par téléphone auprès de **25 000 personnes âgées de 18 à 75 ans**, et **votre numéro de téléphone a été tiré au sort**.

Un enquêteur de l'institut d'études **Ipsos** vous contactera prochainement depuis le numéro suivant : **01 71 25 12 75** pour un entretien téléphonique d'une durée **d'environ 25 minutes**. Vous avez également la possibilité de choisir dès à présent un rendez-vous téléphonique sur www.bs2017.fr.

Afin de garantir la validité scientifique de notre étude, **votre participation est essentielle**. Les réponses données lors de cet entretien resteront strictement **confidentielles** et seront analysées uniquement à des fins statistiques. Les résultats de cette étude seront rendus publics courant 2018.

Nous vous remercions par avance de bien vouloir nous aider dans cette étude d'intérêt général, et vous prions de bien vouloir agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de notre considération distinguée.

Dr Pierre Arwidson
Direction de la Prévention et de la Promotion de la Santé

Comment ai-je été chois(i)e ?

Votre numéro de téléphone a été composé aléatoirement à partir des racines attribuées par l'ARCEP (Autorité de régulation des communications électroniques et des postes) et nous avons eu recours à l'annuaire inversé pour obtenir vos coordonnées postales afin de vous adresser ce courrier.

Comment va se dérouler l'enquête ?

Un enquêteur d'Ipsos vous contactera au cours des prochains jours par téléphone pour sélectionner une seule personne de votre foyer et lui proposer un entretien d'une durée d'environ 25 minutes. Le numéro d'appel sera le suivant : **01 71 25 12 75**

Est-il possible de choisir le jour et l'heure à laquelle être contacté ?

Vous pouvez préciser le créneau horaire qui vous convient sur le site www.bs2017.fr.
Il vous suffit d'entrer votre numéro de téléphone pour vous identifier.

Est-ce que les informations que je donnerai à l'enquêteur seront anonymes ?

Toutes les réponses données lors de cet entretien resteront strictement confidentielles et anonymes. Elles seront analysées uniquement à des fins statistiques. Nous garantissons la confidentialité de vos réponses, conformément à la loi Informatique et Liberté.

Que deviennent les renseignements collectés ?

Les données recueillies permettront de connaître les comportements et habitudes des Français en lien avec la santé. Elles seront analysées en partenariat avec la communauté scientifique, les chercheurs, les professionnels de la santé publique. Les résultats de ces analyses seront rendus publics courant 2018, et serviront à évaluer et orienter les politiques de prévention.

Pourquoi est-il important que je participe ?

Vous faites partie des 25 000 personnes sélectionnées pour évaluer les comportements et les opinions en matière de santé **de l'ensemble de la population vivant en France**. Afin que l'échantillon soit représentatif, il est très important que chaque personne sélectionnée accepte de répondre : **votre participation est primordiale pour la validité scientifique de notre étude.**

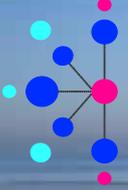
Vous avez d'autres questions à nous poser. Comment faire ?



- par téléphone : **01 71 25 12 69** (numéro d'appel gratuit) du lundi au vendredi de 9h à 17h
- par mail à l'adresse : bs2017.santepubliquefrance@ipsos.com

Pour plus d'information, rendez-vous sur le site de Santé publique France :
www.santepubliquefrance.fr

ANNEXE 2 — ARGUMENTAIRE



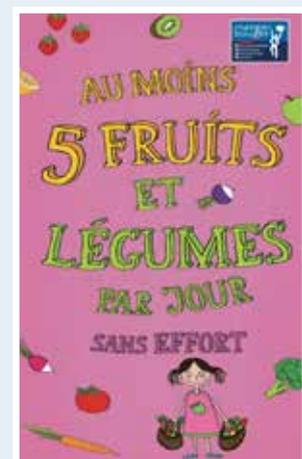
**Santé
publique
France**

Plérin / Bordeaux 2017

25 000 interviews
25 minutes d'enquête
6 mois de terrain
Plus de 100 enquêteurs

QUI ? POURQUOI ? WWW.BS2017.FR

- * **Santé publique France**, créée en **2016**, anciennement **I.N.P.E.S** (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé)
- * Agence sous tutelle du **ministère chargé de la Santé**
- * Pour **améliorer les connaissances** sur les comportements en lien avec la santé, **évaluer et orienter la prévention en santé**.
- * Il ne s'agit pas d'un sondage ni d'une étude commerciale mais d'une **enquête scientifique de grande ampleur et d'intérêt général**, qui nécessitera **plus de 6 mois** d'interviews pour interroger **25 000 personnes**
- * Pour réaliser de **vastes campagnes de communication** dans le domaine de la santé. **Vous connaissez peut-être** les conseils lors d'épidémies de grippe ou de canicule, ou des messages tels que « manger 5 fruits et légumes par jour »



CELA NE M'INTERESSE PAS / JE VAIS TRES BIEN

- * **Pour vous** c'est **contribuer à la recherche** et à l'amélioration de la prévention pour la santé
- * **Vous faites partie des 25 000 personnes sélectionnées** pour évaluer les comportements de santé de **l'ensemble de la population** : la participation de **TOUS** est donc essentielle, **quel que soit votre état ou comportement de santé**. Plus il y a de participation, plus les résultats sont fiables

PROBLEME DE CONFIANCE (NUMÉRO, PRÉNOMS, ANONYMAT)

- * Afin que chacun ait une chance d'être contacté, les **numéros de téléphone** que nous appelons **ont été composés au hasard**. Cette méthode permet d'interroger par exemple autant d'hommes que de femmes et des personnes de tout âge
- * **Ce questionnaire est anonyme**. Les réponses données lors de cet entretien resteront **strictement confidentielles** et seront analysées uniquement à des fins statistiques.
- * Cette étude respecte la loi informatique et liberté, en accord avec la **CNIL** commission nationale informatique et libertés, la confidentialité de vos réponses est garantie.
- * Nous demandons le(s) prénom(s) seulement pour **faciliter la suite de notre échange**
- * **Site officiel** pour valider le numéro, convenir d'un rdv ou trouver des informations sur l'enquête : **www.bs2017.fr**
- * **Hotline** pour rdv et informations : **01 71 25 12 69**

25 MINUTES ! C'EST TROP LONG, JE N'AI PAS LE TEMPS

- * Nous avons conscience **de vous demander un effort** en terme de temps, mais nous le faisons parce que **l'enjeu est très important** en matière de santé, et que les **résultats seront utiles pour tout le monde**
- * Cette étude dure plusieurs semaines, nous pouvons **prendre rendez-vous** au moment qui vous convient, ou **commencer maintenant et poursuivre à un autre moment**

MERCI A TOUS !

Certaines questions abordent des thèmes particulièrement sensibles et douloureux. Si le répondant vous semble avoir besoin d'un **soutien psychologique**, vous pouvez l'orienter vers la ligne d'aide :

**SUICIDE
ÉCOUTE**

Écoute des
personnes en
grande souffrance
psychologique ou
confrontées au
suicide, et de leur
entourage



01 45 39 40 00

24h/24, 7j/7

(Appel non surtaxé, inclus dans les forfaits)



www.suicide-ecoute.fr

AUTEURS

Jean-Baptiste Richard
Raphaël Andler
Romain Guignard
Chloé Cogordan
Christophe Léon
Maëlle Robert
Pierre Arwidson
et le groupe Baromètre santé 2017*

* Le groupe Baromètre santé 2017 : Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Christophe Léon, Romain Guignard, Viêt Nguyen-Thanh, Anne Pasquereau, Jean-Baptiste Richard, Maëlle Robert

Santé publique France

REMERCIEMENTS

À Noémie Soullier, pour sa relecture attentive

Aux équipes ayant assuré la réalisation de cette enquête : l'institut IPSOS Observer, l'ensemble des enquêteurs et enquêtrices ainsi que les équipes travaillant sur les terrains d'enquête téléphonique de Plérin et de Bordeaux, l'institut CDA en charge de la surveillance du terrain d'enquête.

Édition

Jeanne Herr

Santé publique France

Documentation

Laetitia Haroutunian

Santé publique France