

Questionnaire Baromètre santé 2010

Description des thématiques

Version du 9 septembre 2009*

Ce document liste les principaux objectifs des thèmes retenus pour le Baromètre santé 2010, ainsi que les personnes impliquées dans la réflexion autour de ces thèmes. Il permettra d'une part de présenter les nouveaux thèmes abordés, d'autre part de présenter les principales modifications apportées aux thèmes qui étaient traités dans les baromètres précédents.

Selon les thèmes, et du fait de l'hétérogénéité de leur utilisation souhaitée dans le cadre de ce Baromètre (thèmes transversaux, suivi d'évolution, analyse plus approfondie, thèmes nouveaux...), les informations fournies seront plus ou moins détaillées. Des fiches thématiques plus détaillées (voir en annexe le format de ces fiches) complètent cette note pour les principaux thèmes, et particulièrement utiles pour les thèmes ayant suscité un débat et occupant une place importante au sein du questionnaire.

Dans la mesure où l'échantillon est de taille importante (n=30 000), certains modules de questions ne seront posées qu'à un sous échantillon aléatoire (un tiers ou 1/6^{ème} de l'échantillon des « filaires ») si elles ne portent pas sur des événements rares, ne sont pas considérées comme des variables de croisements intéressant d'autres thèmes et ne sont pas cruciales en vue d'exploitations régionales. Par exemple, la plupart des questions d'opinions ne seront posées qu'à 4 200 personnes, soit 1/6^{ème} de l'échantillon des personnes interrogées sur ligne fixe). Ce sera aussi le cas des questions sous-exploitées en 2005 et qui n'ont de valeur que pour le suivi barométrique.

** ce document a été rédigé avant la dernière version du questionnaire qui date du 25 septembre 2009. Il ne prend donc pas en compte les dernières modifications apportées sur le questionnaire.*

Organisation du questionnaire

Ce tableau présente l'organisation générale du questionnaire et les répartitions des différents thèmes au sein des différents sous échantillons. Les minutages indiqués correspondent aux résultats du pilote, qui s'est déroulé en Juillet 2009 sur 251 individus.

Questionnaire principal : 30 000 ~ 25 minutes - 25 200 sur tél. fixe - 4 800 sur portables exclusifs ou en dégroupage total (15 à 17 % de la population) - Contact (~3 min) - Renseignement Signalétique - Qualité de vie 1 (SF 12) - Santé mentale 1 (MH5 – Vitalité) - Téléphonie santé - Tabac 1 - Alcool 1 - Suicide - Sexualité, contraception, IST - Drogues illicites 1 - Jeu Pathologique - Evènements de vie et violences subies - Sommeil 1 - Maladies chroniques 1 - Handicap 1 - Caractéristiques sociales et précarité - Equipement téléphonique	Sous échantillon 1 : 8 400 ~ 12 minutes - Perceptions de santé, sentiment d'information - Qualité de vie 2 - Maladies chroniques 2 - Handicap 2 - Accidents Sous échantillon 1.a : 4 200 - Internet et santé Sous échantillon 1.b : 4 200 - Alzheimer
	Sous échantillon 2 : 8 400 ~ 7,5 minutes - Santé Travail - Conduites Alimentaires - Alcool 2 - Santé mentale 2 - Médicaments psychotropes et psychothérapies - Drogues illicites 2 - Sommeil 2
	Sous échantillon 3 : 8 400 ~ 7 minutes - Vaccinations - Maladies Infectieuses - Sexualité, contraception 2 Sous échantillon 3.a : 4 200 - Tabac 2 - Douleurs Sous échantillon 3.b : 4 200 - Virus respiratoires

Sommaire

- Variables socio-démo, signalétique (QP)	4
- Perception de santé, sentiment d'information (SE1)	5
- Santé et Travail (QP et SE2)	5
- Qualité de vie (QP et SE1)	5
- Santé Mentale (QP et SE2)	6
- Sources d'information : téléphonie santé (QP), internet et santé (SE1.a).....	7
- Vaccinations (SE3)	8
- Maladies Infectieuses (SE3)	8
- Virus respiratoires (SE3.b).....	9
- Conduites Alimentaires (SE2)	9
- Tabac (QP et SE1.a).....	9
- Alcool (QP et SE2)	10
- Médicaments psychotropes et psychothérapies (SE2).....	11
- Suicide (QP).....	11
- Sexualité, Contraception (QP)	11
- Drogues illicites (QP et SE2).....	13
- Jeu pathologique (QP).....	14
- Evénement de vie, Violences subies (QP)	14
- Sommeil (QP et SE2).....	15
- Maladie chronique (y c dépistage cancer) (QP et SE1)	15
- Handicap (QP et SE1)	15
- Alzheimer (SE1.b)	16
- Accidents (SE1)	16
- Douleur (SE3.a)	17
- Consommation de soin, recours au soin	18
- <i>Activité physique</i>	18
- Personnes âgées	18
- Population des étudiants	18

- Variables sociodémographiques, signalétique (QP)

François Beck, Hélène Escalon, Arnaud Gautier, Romain Guignard, Christophe Léon, Nathalie Lydié, Colette Ménard, Jean-Baptiste Richard, Audrey Sitbon, Anne Guichard, Gaël de Peretti (INSEE), Catherine Berthier (INSEE)

Toutes ces questions sont posées à la totalité de l'échantillon. Les questions posées dans le Baromètre santé nutrition 2008, qui ont bien fonctionné, ont été reprises avec certaines améliorations (par exemple, la question sur l'aisance financière ressentie de son foyer a été légèrement modifiée afin d'être mieux adaptée à une enquête téléphonique)¹. Certaines sont identiques à celles posées dans le Baromètre santé 2005. Pour d'autres, le recueil est assez différent (par exemple, le recueil de la situation professionnelle).

La PCS du chef de ménage (ou personne de référence) sera recherchée, c'est un bon indicateur du niveau socio-économique du foyer, et elle permet de qualifier les inactifs pour intégrer plus aisément la variable PCS dans des analyses multivariées. Des indicateurs de précarité ont été ajoutés (aides perçues, perception de sa situation professionnelle ou financière...). Une question sur la couverture sociale a été ajoutée dans le seul but de repérer les situations de précarité (pour récupérer l'AME, la CMU et la CMUC...). Dans le cadre de l'analyse des liens entre santé et travail, la situation professionnelle des travailleurs (type de contrat, temps partiel...) est précisée. Concernant les étudiants, le cursus suivi est détaillé (filière et type d'établissement).

Pour répondre aux demandes récurrentes sur les comportements des **femmes enceintes**, notamment en matière d'addictions, la question est posée dès les variables sociodémographiques (en 2005 elle était déduite d'une réponse au module contraception), ce qui permet également de l'utiliser comme un filtre pour la suite du questionnaire (par exemple pour ne pas poser l'Audit sur les 12 derniers mois mais sur la période en rapport avec la grossesse). Il devrait y avoir entre 200 et 500 femmes sachant qu'elles sont enceintes dans l'enquête..

Les questions de la religion et de la nationalité ont été introduites. Elles permettront par exemple d'étudier l'influence de l'origine sur les comportements contraceptifs et préventifs, en particulier en début de vie sexuelle. Ces informations sont essentielles pour éclairer non seulement les inégalités sociales d'accès à la prévention en matière de santé sexuelle, déjà observées en France, mais aussi les éventuels obstacles culturels à l'adoption de pratiques préventives chez les jeunes, décrits dans plusieurs pays voisins (Royaume Uni, Pays Bas).

Concernant la **description du foyer**, nous recourons désormais à la méthode Kish (description de tout les membres age + prénom) pour un tirage aléatoire de l'enquêté parmi les éligibles. Cela va dans le

¹ En plus de la question du revenu par UC que l'on sait à la fois difficile à répondre (problème de connaissance sur l'ensemble des revenus de tous les membres du ménage) et sensible (risque de sur et de sous-déclaration), avec un fort taux de non réponse, nous avons ajouté une question unique portant sur le niveau de vie, dont l'efficacité a été montrée par l'Insee dans le dispositif d'Enquête Permanente Conditions de Vie des ménages (EPCV). Elle figure également dans l'enquête événements vie et santé (EVS) menée par la DREES et dans le Baromètre nutrition 2008 de l'Inpes, ainsi que dans de nombreuses autres enquêtes.

Actuellement, pour le ménage, diriez-vous plutôt que financièrement :

1. Vous êtes à l'aise
2. Ça va
3. C'est juste, il faut faire attention
4. Vous y arrivez difficilement
5. Vous ne pouvez pas y arriver sans faire de dettes

Dans le Baromètre nutrition 2008, le croisement revenu par UC / perception de la situation financière montre une corrélation importante entre les deux variables. Par ailleurs, les perceptions des ménages n'ayant pas déclaré de revenus sont proches de ceux dont le revenu est le plus élevé. Dans la modalité centrale, l'incise « il faut faire attention » de la question d'origine a été supprimée. Elle pose en effet problème au téléphone car elle recueille beaucoup d'adhésion, y compris de ceux qui estiment en première intention que « ça va ».

sens d'une amélioration de la qualité de l'enquête même si le temps en est légèrement augmenté par rapport à la méthode anniversaire.

- Perception de santé, sentiment d'information (SE1)

Arnaud Gautier, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, François Beck

Les questions portant sur les craintes perçues pour soi-même et le sentiment d'information, sources d'information posée en 2005 sont reconduites avec quelques aménagements : parmi les craintes, deux thèmes sont supprimés (sida et autres IST) et un a été ajouté (maladie professionnelle). Concernant le sentiment d'information, six thèmes sont supprimés (contraception, sida, autres IST, pollution de l'air, pollution de l'eau et alimentation) et un a été ajouté (maladie d'Alzheimer).

- Santé et Travail (QP et SE2)

Colette Ménard, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, François Beck, Stéphane Legleye (OFDT-INSERM), Nerkesen Chau (INSERM), Séverine Baudouin (DGT), Christine Cohidon (InVS)

Le baromètre santé 2010 n'a pas pour vocation de se substituer aux enquêtes existantes sur santé travail. En revanche, compte tenu de son approche multithématique et de ses échantillons, il apparaît intéressant d'enrichir les variables sociodémographique et d'emploi par certaines variables de conditions de travail et de maintenir une analyse transversale des liens entre situations de travail, morbidité et comportements de santé (pensées suicidaires, états anxio-dépressifs, stress, comportements addictifs, sommeil, comportements alimentaires).

Par ailleurs, sur un échantillon restreint d'actifs occupés (SE2), des questions portent sur les conditions de travail et les événements, en lien avec certains comportements de santé (temps de transport domicile-travail, travail de nuit, horaires longs, pénibilité, stress au travail...) afin d'explorer plus en détail le rôle joué par le milieu de travail sur certains de ceux-ci (par exemple sur addictions, suicide...).

- Qualité de vie (QP et SE1)

Arnaud Gautier, François Beck, Cécile Fournier, Romain Guignard, Colette Ménard, Audrey Sitbon, Jean-Baptiste Richard, Catherine Cavalin (DREES), Anne Fagot-Campagna (InVS), Serge Briçon (Ecole de Santé publique de Nancy)

Le choix d'un instrument de mesure de la qualité de vie est rendu assez complexe de par le nombre d'échelles disponibles, les recommandations internationales, la longueur et la difficulté de passation de certains de ces outils, la non validation de la version française...

Le WHOQOL, dont une partie avait été posée en 2005, a été abandonné car très peu utilisé. Hormis quelques questions ponctuelles qui peuvent être reconduites si c'est jugé pertinent, notamment pour le suivi d'évolution (exemple : satisfaction perçue du sommeil).

Le recours au SF12 (comme cela est préconisé dans le module européen HIS, et à l'instar de l'enquête EVS ou encore dans l'enquête ENTRED) apparaissait particulièrement pertinent ; c'est pourquoi il a été testé lors du pilote du mois de juin. Suite à celui-ci, l'utilisation du SF12 en remplacement de l'échelle de Duke semble poser problème : outre le fait que la version 2 de cet outil ne semble pas validée en français, il est apparu que les questions, assez négatives (plus que celles du Duke) et plus longues dans leur formulation et leurs modalités, posent plus de difficultés aux personnes interrogées. Par ailleurs, il semble que cette échelle ne soit pas très bien adaptée au téléphone.

Ainsi, il est proposé de retenir le profil de Duke (utilisé depuis 1995 dans les Baromètres) comme indicateur de qualité de vie pour le Baromètre santé 2010. Elle permet ainsi de suivre les évolutions de la qualité de vie de la population française depuis 15 ans. Les 17 questions de cette échelle seront posées à l'ensemble des 30 000 personnes interrogées, afin de pouvoir disposer de variables transversales intéressantes pour de nombreux thèmes.

Il est par ailleurs prévu d'inclure le questionnaire « nombre de jours en santé » "*healthy days*", très souvent utilisé au plan international (notamment aux Etats-Unis dans BRFSS), instrument qui présente l'insigne avantage de ne comporter que trois questions (santé mentale, santé physique, retentissement) ; il serait posé aux personnes du SE1. Son utilisation dans le Baromètre santé 2010, parallèlement au profil de Duke, apportera des éléments pour sa validation en France.

- Santé Mentale (QP et SE2)

François Beck, Romain Guignard, Colette Ménard, Christophe Léon, Béatrice Lamboy, Anne Lovell (CNRS-INSERM-Paris V), Xavier Briffault (CNRS-INSERM-Paris V), Viviane Kovess (Université Paris V, EHESP), Frédéric Rouillon (Ste Anne), Bruno Falissard (INSERM), Pierre Verger (ORS PACA), Christine Chan-Chee (InVS), Yannick Morvan (INSERM), Stéphane Legleye (OFDT-INSERM), + le groupe IRESP sur l'épidémiologie psychiatrique

Notre ambition dans le domaine de la santé mentale est limitée par le fait qu'il s'agit d'une enquête multithématique, dont nous souhaitons que la durée soit raisonnable. Or il est indéniable que la mesure des troubles mentaux nécessite des questionnaires souvent assez longs.

Objectifs :

1 – Disposer, pour l'ensemble des autres thèmes de l'enquête, d'indicateurs synthétiques transversaux de santé mentale (détresse psychologique²) ; ces questions sont posées à tout l'échantillon, en complémentarité de l'échelle de qualité de vie retenue.

2 – Mesurer la prévalence de l'épisode dépressif majeur (EDM) au moyen du CIDI-SF (avec toutes les fragilités d'un outil de mesure d'un tel trouble) et ainsi offrir un suivi barométrique par rapport à 2005. Il a été choisi de ne pas mesurer la prévalence d'autres troubles tels que l'anxiété ou les troubles psychotiques, qui sont pourtant très peu documentés en population générale pour l'instant.

Pour l'objectif 2, la solution envisagée est une version écourtée (permettant juste de refaire le même algorithme qu'en 2005) du module dépression du CIDI-SF utilisé en 2005, afin de pouvoir étudier des évolutions sur un thème sur lequel l'INPES a beaucoup investi en termes de campagne et d'actions. En outre, ces questions ne sont posées qu'à un sous-échantillon de 8 400 personnes pour ne pas trop allonger le temps moyen de questionnaire.

D'autres échelles de mesure de la dépression sont : le MINI (utilisé dans SMPG et dans EVS), trop long pour une enquête téléphonique, et la CES-D (utilisée dans l'EDS) qui est controversée. L'HADS (*Hospital Anxiety Depression Scale*), échelle intéressante de mesure de l'anxiété et de la dépression en 14 items, nous a semblé mal adaptée à l'enquête téléphonique car les modalités de réponse sont différentes d'un item à l'autre. L'Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) en 10 items validée en

² La détresse psychologique est une notion « molle ». Elle peut être considérée comme le résultat d'un ensemble d'émotions négatives ressenties par les individus qui, lorsqu'elles se présentent avec persistance, peuvent donner lieu à des syndromes de dépression et d'anxiété. Au cours des années 1990, Kessler et Mroczek ont développé un outil de repérage de la détresse psychologique pour une enquête populationnelle américaine. Après avoir rassemblé 500 questions provenant de plusieurs outils différents, ils ont établi une liste de 45 questions non redondantes et couvrant 16 domaines, dont la fatigue et l'épuisement. Après avoir administré ce questionnaire à 1 400 répondants, ils ont réduit la liste à 32 questions pour le ré-administrer à un autre échantillon. À partir de ces études, un outil de 10 questions (le K10) et un de 6 (le K6) ont été réalisés. Il faut noter que le K6 et le K10 ont été construits sur des critères du DSM IV, tandis que le MH5 est plutôt un outil psychométrique.

français auprès des 13-20 ans (Revah-Levy *et al.*, 2007) disponible sur : <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/7/2> est intéressante mais pas adaptée aux plus de 20 ans.

Pour l'objectif 1, plusieurs échelles de détresse psychologique étaient disponibles. D'un côté, les échelles développées par Kessler (K6 ou K10), reconnues internationalement, mais dont il n'existe pas à notre connaissance de traduction validée et de seuil pour la version française (quoiqu'une équipe canadienne en ait utilisée une traduction et y ait fixé un seuil à 9 pour le K10 et 5 pour le K6³⁴). De l'autre, le MH-5, dimension santé mentale du questionnaire SF-36 de qualité de vie, a été utilisé à de nombreuses reprises au niveau international, européen et français. C'est une échelle extrêmement synthétique, inscrite au protocole standard européen HIS. Nous avons donc opté, en accord avec la plupart des experts contactés, pour cette seconde échelle.

Le problème se pose de savoir en combien de modalités les questions doivent être posées. En effet, dans la première version du SF36, les questions ont été posées en 6 modalités : en permanence, très souvent, souvent, quelquefois, rarement, jamais. Ce découpage a été utilisé à de nombreuses reprises, en France (ESPS, Enquête étudiants en PACA, Enquête Indicateurs de santé mentale...) et au niveau international^{5,6}, et le seuil de 52 est couramment indiqué pour « diagnostiquer » une détresse psychologique. Cependant, d'après nos informations, la version 2 du SF36 utilise un découpage en 5 modalités, découpage retenu dans HIS : en permanence, une bonne partie du temps, de temps en temps, rarement, jamais. Certaines enquêtes récentes utilisent désormais ce découpage, EVS ou l'Eurobaromètre par exemple. Le choix reste donc à faire.

Le module Vitalité du SF36, préconisé par HIS, a été également testé au pilote, il semblait en effet intéressant de disposer d'une échelle de santé positive. Cependant, ce questionnaire semble mal adapté aux entretiens téléphoniques. Il a semblé répétitif aux enquêteurs (fatigué, épuisé), d'autant plus qu'il était posé après le SF-12. Nous pourrions donc l'abandonner.

Il pourrait en revanche être intéressant de poser le module « retentissement émotionnel » du SF-36 en 3 items, cette dimension semble de plus en plus importante en matière de classification des troubles de santé mentale. Pour la santé mentale positive, l'item de Andrex sur le sentiment d'être heureux pourrait suffire.

- Sources d'information : téléphonie santé (QP), internet et santé (SE1.a)

Viet N'guyen-Thanh, Laetitia Chareyre, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, Corinne Delamaire, Colette Ménard, François Beck, Emilie Renahy (Inserm UMR-S 707)

La lettre de mission adressée à l'INPES par la Ministre insiste sur le fait que les stratégies de prévention devront s'adapter aux nouvelles technologies de communication et d'information. Deux thèmes ont ainsi été développés :

Téléphonie sociale : la question de 2005, qui était mal comprise, a été reformulée. Cette question sera posée à l'ensemble de l'échantillon car c'est sur les petites structures de téléphonie sociale qu'il est intéressant d'avoir de l'info.

³ Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

⁴ Cairney *et al.*, *Evaluations of 2 measures of psychological distress as screeners for depression in the general population*, The Canadian journal of psychiatry, Vol. 52, No 2, February 2007.

⁵ Shin Yamazaki, Shunichi Fukuhara and Joseph Green Usefulness of five-item and three-item Mental Health Inventories to screen for depressive symptoms in the general population of Japan, Health Qual Life Outcomes. 2005; 3: 48.

⁶ Mark J Kelly, Frank D Dunstan, Keith Lloyd and David L Fone Evaluating cutpoints for the MHI-5 and MCS using the GHQ-12: a comparison of five different methods, *BMC Psychiatry* 2008, **8**:10.

Internet et santé : Ce thème novateur a également été ajouté, sur la base du travail de thèse d'Emilie Renahy, assorti de questions portant plus spécifiquement sur les problématiques Inpes (Utilisation d'Internet pour chercher des informations ou des conseils sur la santé, raisons du non recours à internet/santé au cours de l'année, confiance dans ces informations, thèmes en question, retentissement sur le recours au soin...). Ce thème sera posé à 4 200 individus (SE1.a).

- Vaccinations (SE3)

Arnaud Gautier, Christine Jestin, François Baudier (CNAMTS), Daniel Lévy-Bruhl (InVS)

La vaccination demeure une des principales mesures de prévention pour prévenir rapidement de nombreuses maladies infectieuses, que ce soit dans un objectif de prévention individuelle ou collective. C'est pourquoi il est important de maintenir un suivi Barométrique de la perception et les pratiques en matière de vaccination. Ainsi, la question sur le fait d'être favorable ou non à la vaccination en général ainsi que la question sur la dernière vaccination sont conservées. La question « opinions défavorables à certaines vaccinations » est également conservée mais étendue à l'ensemble des personnes interrogées et pas uniquement aux personnes ayant déclaré être défavorable à la vaccination en général comme cela était le cas dans les précédents Baromètres (on peut en effet être globalement favorable à la vaccination mais défavorable à certaines d'entre elles).

Les questions sur la vaccination ROR pour les enfants sont gardées (enjeu important actuellement autour de cette vaccination ; le taux de couverture stagne depuis quelques années et les cas de rougeole se multiplient depuis l'été 2008). Les questions sur les motifs de non vaccination et sur les intentions de la faire pratiquer sont en revanche posées uniquement pour le dernier enfant (essentiellement pour éviter le biais de mémoire et aussi pour faciliter la réponse) et non pour l'ensemble des enfants de moins de 16 ans non vaccinés.

Des questions similaires à celle de la vaccination ROR pour les enfants de moins de 16 ans sont posées en ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite B (et ce pour la première fois dans un Baromètre santé). Il est à noter en effet que cette vaccination, recommandée pour les nourrissons, souffre toujours actuellement de la suspicion d'un lien entre vaccination et SEP depuis 1998 et ce malgré des études ne confirmant pas ce lien. Ces questions s'inscrivent par ailleurs dans le plan national hépatites virales lancé cette année par le ministre de la santé.

Deux questions abordent la vaccination contre la grippe saisonnière : d'une part la pratique de cette vaccination (au cours de l'hiver 2008 pour ne pas confondre avec une éventuelle vaccination contre la grippe A(H1N1)) pour l'ensemble des personnes interrogées sur le sujet des vaccinations ; d'autre part les raisons de la non vaccination, pour l'ensemble des personnes n'ayant pas fait cette vaccination et pour lesquelles la vaccination est recommandée (il est proposé d'interroger les plus de 64 ans car il est peut être difficile d'identifier dans le questionnaire les personnes ayant une maladie chronique avérée pour laquelle la vaccination est recommandée). Cette question intéresse beaucoup la CnamTS actuellement.

Ce module comportant donc au total 19 questions (beaucoup étant filtrées sur l'âge ou le fait d'avoir un enfant) est posé à 8 400 personnes (SE3).

- Maladies Infectieuses (SE3)

Arnaud Gautier, Christine Jestin, Christine Larsen (InVS), Cécile Brouart (InVS)

Dans le cadre du programme « maladies infectieuses » de l'Inpes, quelques questions ont été proposées autour des hépatites virales : l'enquête KABP sida, se déroulant en même temps que le Baromètre santé et intégrant certaines questions de perception, connaissance et pratiques sur les hépatites virales (hépatite B en particulier), seule la pratique du dépistage des hépatites B et C (plus

particulièrement sur la réalisation, les circonstances, la date et l'initiative de ces tests) sont proposées dans le cadre de cette enquête. Huit questions sont posées aux 8 400 personnes de l'échantillon SE3. La réalisation d'un test de dépistage de l'hépatite C est l'unique question bénéficiant d'un suivi Barométrique depuis 2005 (l'ensemble des autres questions est donc posé pour la première fois). Ces questions s'inscrivent dans le plan national « hépatites virales » lancé cette année.

- Virus respiratoires (SE3.b)

Christine Jestin, Arnaud Gautier, Jean-Claude Desenclos (InVS)

Toujours dans le cadre du programme « maladies infectieuses » de l'Inpes, 4200 personnes (SE3.b) seront interrogées spécifiquement sur la prévention des infections respiratoires (7 questions au total). Les campagnes d'information et de prévention de l'Inpes se sont succédées depuis 2003 sur les mesures d'hygiène (lavage des mains en particulier) et les attitudes de la population à adopter pour prévenir la transmission des virus respiratoires. C'est un sujet prioritaire en ce second semestre 2009 dont on ne peut se priver dans le Baromètre. Il n'avait pas été abordé dans les précédents Baromètres santé. Seule l'enquête Nicolle 2006 abordait ces questions. La majorité d'entre elles (lavage des mains, connaissance sur la contagiosité de la grippe saisonnière, pratiques préventives, port du masque) a d'ailleurs été reprise à l'identique dans le Baromètre santé 2010 afin de pouvoir suivre les évolutions. Quelques questions ont cependant été améliorées ou abandonnées suite au pilote (notamment la question sur l'approbation de certaines mesures de distanciation sociale).

- Conduites Alimentaires (SE2)

Hélène Escalon, François Beck, Romain Guignard

Le thème de la nutrition ayant déjà été abondamment traité dans le Baromètre nutrition 2008, il ne sera pas traité en 2010. Quelques questions sur les Troubles de la Conduite Alimentaire, qui ont été posées en 2000 et en 2005, sont repostées avec pour objectif de suivre les tendances, au sein du SE2 :

Au cours des 12 DERNIERS MOIS, est-ce qu'il vous est arrivé... ?

- 1 De manger énormément avec de la peine à vous arrêter
- 2 De vous faire vomir volontairement
- 3 De redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir vous arrêter
- 4 De manger en cachette

Les questions du poids et de la taille (QP) ont été longuement discutées, sachant que même l'idée de mesure à biais constant est mise en question par le fait que les évolutions observées dans les précédents baromètres ne sont pas concordantes avec les enquêtes où la méthode de recueil est mieux adaptée à ce recueil (ex : ENNS). Néanmoins, un abandon de ces deux questions a été jugé dommageable car la variable IMC peut être une variable transversale très intéressante, malgré cette fragilité.

- Tabac (QP et SE1.a)

Romain Guignard, Jean-Louis Wilquin, François Beck, Patrick Peretti-Watel (INSERM), Stéphane Legleye (OFDT), Antoine Deutsch (Inca)

Le tabac fait partie des points mis en avant dans la lettre de mission adressée à l'INPES par la Ministre. Les enquêtes par sondage interrogeant un échantillon représentatif de la population (avec un effectif suffisamment important sur les usages de tabac) ont commencé au début des années 80 avec notamment l'enquête décennale santé de l'INSEE. L'objectif de ces enquêtes est d'offrir à la fois un suivi barométrique fiable des usages et une lecture quantitative des principaux facteurs associés et les grandes caractéristiques des usagers.

Il s'agit à la fois :

Objectifs principaux :

- quantifier la prévalence de la consommation de tabac (qu'elle soit occasionnelle ou régulière) et son niveau en nombre de cigarettes
- décrire les trajectoires de consommation de tabac (arrêts et tentatives d'arrêt)
- mesurer les liens avec d'autres facteurs
- observer des tendances d'évolution dans le temps
- être comparable avec les autres pays européens et les autres enquêtes françaises

Objectifs secondaires :

- mesurer le degré de dépendance au tabac (test de Fagerström)
- décrire les modifications des comportements tabagiques (notamment l'essor du tabac à rouler)
- mesurer l'exposition au tabagisme passif dans les lieux publics et au domicile
- mesurer les facteurs prédictifs de l'arrêt du tabac (envie d'arrêter, motivations à l'arrêt, gêne liée à la fumée de tabac, perceptions liées au fait de fumer et aux fumeurs)

Le questionnaire s'inspirerait largement de ce qui avait été fait en 2005, certaines questions ne seront posées qu'à une partie de l'échantillon, et notamment les questions de perceptions et d'opinions qui n'ont pas forcément vocation à être étudiées de manière transversale.

- Alcool (QP et SE2)

Christophe Léon, Juliette Guillemont, François Beck, Stéphane Legleye (OFDT- Inserm), Antoine Messiah (Inserm)

Le thème « l'alcool et les jeunes » fait partie des points mis en avant dans la lettre de mission adressée à l'INPES par la Ministre. L'objectif de ce module est d'offrir à la fois un suivi barométrique fiable des modes de consommations d'alcool et des comportements à risque et une lecture quantitative des principaux facteurs qui y sont associés, ainsi que les grandes caractéristiques des consommateurs.

Objectifs principaux :

- mesurer la fréquence de consommation au cours des 12 derniers mois
- décrire les modes de consommation
- approcher la notion de consommation problématique pour la quantifier
- mesurer les ivresses
- mesurer les liens avec d'autres facteurs
- observer des tendances d'évolution dans le temps
- être comparable avec les autres pays européens

Objectifs secondaires :

- opérer des typologies de consommateur par des méthodes de classification
- comprendre les dynamiques d'entrées dès le plus jeune âge
- développer les questions de connaissance (ex : repères, etc....)

Principale modification : le test DETA, posé depuis 1995 mais controversé, serait abandonné au profit de l'Audit complet, déjà posé dans sa version courte (Audit-C) à une partie de l'échantillon en 2005.

Certaines questions de ce module relativement long ont été supprimées, d'autres pourraient n'être posées qu'à une partie de l'échantillon, et notamment les questions d'opinion qui n'ont pas forcément vocation à être étudiées de manière transversale.

Par ailleurs des questions sur les attitudes et les conséquences de l'alcoolisation au travail ont été ajoutées dans ce module.

- Médicaments psychotropes et psychothérapies (SE2)

Romain Guignard, François Beck, Béatrice Lamboy

Il serait intéressant de reprendre les questions du baromètre santé 2000 pour les médicaments psychotropes ont été reprises, posés à l'ensemble de l'échantillon. En 2005, il manquait une question sur l'usage actuel de somnifères (seulement posée pour anxiolytiques et antidépresseurs, du coup, on ne peut avoir mieux que l'usage année pour la catégorie générique « médicaments psychotropes ». Un recueil tel que celui effectué dans ESPS (recueil du nom, de la forme de la boîte et du problème de santé à l'origine de la prise, prescription ou non), offre une précision qui n'est pas envisageable dans le cadre d'une enquête téléphonique. NB : Il y a également dans le module « sommeil » une question sur la prise de « produits pour dormir » qui dépasse le strict cadre médicamenteux mais permettra d'intéressants recoupements.

De toute évidence, il semble difficile pour les répondants de désigner les médicaments consommés selon leur classe. Un recueil ouvert du nom des médicaments pris au cours des 12 derniers mois a été choisi.

Le recours à une psychothérapie au cours des 12 derniers mois sera également questionné.

- Suicide (QP)

François Beck, Romain Guignard, Jean-Marie Firdion, Stéphane Legleye (OFDT-INSERM), Christine Cohidon (InVS)

Plusieurs enquêtes par sondage interrogeant un échantillon représentatif de la population contiennent un module sur le suicide. Le Baromètre santé pose la question de la tentative de suicide depuis 1995. L'objectif de ces enquêtes est d'offrir à la fois un suivi barométrique fiable des usages et une lecture quantitative des principaux facteurs associés et les grandes caractéristiques des personnes ayant fait une tentative de suicide. Les questions de 2005 ont été pour certaines reprises à l'identique, *à l'exception de la première qui devient « au cours des 12 derniers mois avez-vous pensé à vous suicider »*. Une question précisant le contexte de la tentative de suicide (en lien avec la vie professionnelle/scolarité, la situation professionnelle, la vie personnelle) a été ajoutée.

Le temps moyen nécessaire est de moins d'une minute en moyenne. Les questions sur le suicide sont posées à la totalité de l'échantillon. La rareté de ce comportement et le fait qu'il se concentre sur certaines tranches d'âge rend en effet nécessaire le recours à un gros échantillon. Par ailleurs, ce sont des variables de croisement intéressant d'autres thèmes.

** précision apportée par l'ORS Pays de la Loire*

- Sexualité, Contraception (QP)

Nathalie Lydié, Nathalie Bajos (INSERM-INED), Josiane Warszawski (INSERM-INED), Caroline Moreau (INSERM), Nathalie Beltzer (ORSIF), Jean-Marie Firdion (CNRS), Marie-Ange Schiltz (CNRS-EHESS), François Beck

Le module est pensé en complémentarité de l'enquête CSF (2007) et du futur KABP sida (2010). Certaines questions, par exemple concernant les IST rares, sont posées à l'ensemble de l'échantillon, tandis que d'autres questions relevant du suivi barométrique ne seront posées qu'à un sous-échantillon. Une question sur l'activité sexuelle au cours de la vie, détaillant le sexe des partenaires, permettra des analyses intéressantes sur les minorités sexuelles (qui nécessitent également de gros échantillons).

Ce module se compose de six grands thèmes :

1. Premier rapport sexuel

Objectifs principaux :

- Suivre l'évolution de l'âge au premier rapport
- Suivre l'évolution de l'utilisation du préservatif au 1^{er} rapport

Questions ajoutées :

- Sexe du partenaire, pour repérer les expériences homosexuelles
- Degré de consentement (variable qui joue sur l'utilisation du préservatif)
- Moyen utilisé pour éviter une grossesse, pour voir les combinaisons préservatif + pilule notamment, etc...

Suppression de deux questions jamais utilisées dans les analyses (« petit ami » et « pénétration »)

2. Activité sexuelle des douze derniers mois

Peu de questions dans ce module en 2005.

Objectifs principaux :

- Mesurer la fréquence du multipartenariat dans les douze derniers mois
- Mesurer la fréquence des prises de risque chez les multipartenaires
- Mesurer la fréquence des rapports homo/bi dans les 12 mois et au cours de la vie

Questions ajoutées :

- Si situation de multipartenariat :
 - a. une question pour savoir s'il s'agit d'un nouveau partenaire
 - b. une question sur l'utilisation du préservatif lors du 1^{er} rapport sexuel avec le/les nouveau(x) partenaire(s)
 - c. une question sur la fréquence d'utilisation du préservatif avec les nouveaux partenaires

Le module est construit de manière à créer des indicateurs de base et/ou des variables de croisement.

3. Infections sexuellement transmissibles et dépistage du VIH

Objectif principal :

- Mesurer la prévalence des IST dans les cinq dernières années et les 12 mois
- Évaluer le recours aux soins en cas d'IST
- Évaluer les attitudes vis-à-vis du/des partenaire(s)

Questions ajoutées :

- Une question pour savoir comment la maladie a été découverte
- Une question sur le recours aux soins
- Une question sur l'annonce au(x) partenaire(s)

Ces questions sont pertinentes en raison de la taille de l'échantillon car il s'agit de phénomènes rares (2-3 % des personnes interrogées).

4. Contraception (y compris contraception d'urgence)

Objectifs principaux :

- Mesurer la prévalence contraceptive
- Décrire les principales méthodes utilisées
- Mesurer l'évolution du recours à la CU au cours de la vie et au cours des 12 mois

Pas d'ajouts de questions. De nombreuses questions relatives à la CU ont été supprimées, ce thème avait fait l'objet d'une attention particulière en 2005.

Il est important de continuer à décrire les principales méthodes contraceptives en raison de l'arrivée récente sur le marché de nouvelles méthodes (patch, implant, anneau) qui étaient encore peu commercialisées au moment de CSF. Parce qu'elles sont relativement chères et non remboursées, ces méthodes s'adressent à des femmes présentant un profil particulier qu'il sera intéressant de décrire.

NB : La contraception fait partie des points mis en avant dans la lettre de mission adressée à l'INPES par la Ministre.

5. Grossesse non prévues et IVG (SE3)

Objectifs principaux :

- Mesurer la prévalence des grossesses non prévues
- Mesurer la prévalence des IVG

Il s'agit d'un nouveau module qui reprend les questions de l'enquête COCON (cohorte sur la contraception). Les résultats pourront donc être comparés avec ceux de Cocon qui datent de 2004.

6. Suivi gynécologique, ménopause et incontinence (SE3)

Objectifs principaux :

- Évaluer le suivi gynécologique des femmes (frottis et mammographie) en fonction des recommandations
- Mesurer la prévalence des traitements pour la ménopause
- Mesurer la prévalence des hystérectomies
- Mesurer la prévalence des pertes d'urine

Les questions relatives au suivi gynécologique étaient auparavant dans le module « recours aux soins ». Les autres thèmes sont des nouveaux thèmes présents dans les enquêtes européennes sur la santé. Le Baromètre permettra une première mesure de ces phénomènes en France.

Compte tenu des problématiques abordées, ce module ne concerne que les femmes, de 15-85 ans ou de 40-85 ans en fonction des recommandations, sur une base de 8 400 individus.

- Drogues illicites (QP et SE2)

François Beck, Romain Guignard, Béatrice Lamboy, Anne Guichard, Stéphane Legleye (OFDT-INSERM), Stanislas Spilka (OFDT), Olivier Le Nezet (OFDT), Cécile Lafitteau (OFDT), Julian Vicente et Danica Klempova (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, EMCDDA), Marie Jauffret-Roustide (InVS, CESAMES CNRS-INSERM-Paris V)

Le Baromètre santé est la seule enquête en population générale adulte française à poser la question de l'usage des drogues illicites. A ce titre, ce thème, qui nécessite par ailleurs un gros échantillon (certains comportements rares), occupe une place relativement importante dans l'enquête, même si les filtres intervenant très tôt dans le module permettent d'avoir un temps moyen de questionnaire assez court. Certaines questions posées en 2005 ne sont posées qu'à une partie de l'échantillon, et notamment les questions relatives à l'usage de médicaments psychotropes. NB : Les indicateurs clés sont fournis par l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA. Euro HIS ne propose aucune question sur les drogues illicites.

Dans la mesure où l'enquête Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes (EROPP 2008) et le KABP sida 2010 vont explorer en détail la dimension des représentations, celle-ci a été réduite à son minimum dans le Baromètre santé.

Il a été décidé de soulager les enquêtés *a priori* les moins concernés par un filtre sur l'usage de cannabis au cours de la vie (y compris « juste pour essayer ») pour les substances autres que la cocaïne (le suivi d'évolution est crucial pour la cocaïne), les amphétamines, le poppers et les produits à inhaler

(qui sont parfois consommées avant le cannabis). Une seule question "Avez vous consommé une autre drogue au cours de votre vie, si oui, précisez" est ensuite posée à ceux qui auront dit non au cannabis vie et non à "même pas pour essayer ?". Si l'on en croit les chiffres du Baromètre santé 2005, cela devrait permettre de ne perdre quasiment personne par rapport à l'ancienne manière de faire.

Ce filtre a fourni l'opportunité de poser des questions supplémentaires sur l'usage de traitements de substitution et le recours à l'injection, même si la fréquence de ce dernier comportement pourrait être sous-estimée dans une enquête déclarative. Nous sommes toutefois ici à la limite des possibilités de l'enquête en population générale.

Le choix d'une échelle de repérage de l'usage problématique de drogues (et de cannabis en particulier) est important et a fait l'objet de nombreuses discussions, dans la mesure où il n'y a pas encore de standard européen. Les questions posées dans le Baromètre santé 2000 (toutes drogues) étaient inspirées de certains critères du DSM IV ; dans le Baromètre santé 2005, il s'agissait d'une version longue du CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) qui n'a jamais été validée en population adulte (la version courte a été validée pour les adolescents).

En lien avec L'EMCDDA et l'OFDT, il a été décidé de tenter de **valider en population générale adulte une échelle de repérage de l'usage problématique de cannabis**, le CAST (une telle validation est en cours, à l'OFDT, en population adolescente). Il s'agit donc de poser au sein du SE2, à la fois le et une échelle de référence – qui le CIDI cannabis qui compte 17 questions posées uniquement aux usagers de cannabis au cours de l'année, soit environ 8% des 15-64 ans.

- Jeu pathologique (QP)

Stéphane Legleye (OFDT-INSERM), Cécile Lafitteau (OFDT), François Beck, Romain Guignard, Christophe Léon

Ce thème nouveau, demandé par la MILDT et sur lequel on ne dispose d'aucune donnée épidémiologique en France, nécessite par ailleurs un gros échantillon (comportements rares). De ce fait, le nombre de question est resté relativement faible. L'échelle canadienne de repérage des joueurs « à risque » (SOAGS) et des joueurs pathologiques (prévalence attendue pour ces derniers : autour de 1% de la population), validée, sera posée aux 30 000. Plutôt que de poser l'ensemble du module à un sous-échantillon, il a été décidé de filtrer le module pour l'épargner aux joueurs de moins de 500 euros par an.

NB : La ligne DATIS a également pour mission d'intégrer les addictions sans produit à son activité.

- Événement de vie, Violences subies (QP)

François Beck, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, Nathalie Lydié, Colette Ménard, Audrey Sitbon, Livia Velpry (CESAMES CNRS-INSERM-Paris V), Catherine Cavalin (DREES)

Ce module n'a pas vocation à concurrencer les enquêtes portant spécifiquement sur la violence (EVS, ENVEFF, enquêtes de victimation de l'INSEE) mais à disposer d'un petit nombre de variables transversales utiles aux autres thèmes de l'enquête, donc posées aux 30 000. Les enquêtes SIRS, CSF et Anadep ont été explorées dans la mesure où elles ont posé des modules assez complets sur les événements de vie.

Il compte peu de questions, comparables à celles posées en 2005 et dans l'enquête OFDT-INPES en CHRS, menée début 2009.

- Sommeil (QP et SE2)

Christophe Léon, François Beck, Damien Léger (AP-HP, Hotel Dieu), Enguerrand Rolland du Roscoat

L'objectif est d'offrir un suivi barométrique de la dette chronique de sommeil, de mesurer les troubles du sommeil et d'évaluer le sommeil comme la cause de troubles. Seules les questions posées en 2005 et les questions sur la dette chronique de sommeil seraient posées aux 30 000 (afin d'être utilisée comme variable de croisement pour les autres thèmes de l'enquête). La mesure de la dette de sommeil est un indicateur important pour les analyses transversales et permettra d'avoir une sous-population d'individus en dette de sommeil importante pour des analyses complémentaires. Les autres questions nouvelles, visant notamment à évaluer la dette de sommeil, ne seraient posées qu'à un sous-échantillon (SE2). Cela représente une douzaine de questions.

- Maladie chronique (QP et SE1)

Arnaud Gautier, Cécile Fournier, Audrey Sitbon, Juliette Bloch (InVS), Emmanuelle Salines (InVS), Anna Fagot-Campagna (InVS)

Parmi les questions « maladies chroniques » habituelles des Baromètres santé en population générale, celles concernant le dépistage de cancer ne seront pas posées dans le cadre de ce Baromètre santé 2010. Elles sont prévues dans l'enquête Baromètre cancer (enquête sur 4 000 personnes) prévue à la suite du terrain du Baromètre santé 2010.

Seules les questions sur le repérage des maladies chroniques posées depuis le Baromètre santé 2000 seront reposées de façon identique dans ce Baromètre 2010. Malgré les biais de ces questions (« avez-vous une maladie chronique ... » et « si oui, laquelle »), il semble important de pouvoir disposer de ces informations qui pourraient servir de variables d'ajustements pour nombre d'autres questions (qualité de vie, douleur, handicap, perception...). C'est pourquoi également, ces questions seront posées à l'ensemble des 30 000 personnes interrogées.

Afin, de faciliter au maximum le travail des enquêteurs et éviter le recodage fastidieux de multiples réponses ouvertes, une liste de maladies a été établie en essayant d'être le plus large et exhaustif possible.

Le sous-échantillon SE1 se verra par ailleurs poser quelques questions sur le dosage du cholestérol (nouvelles questions) ainsi que les questions des vagues précédentes sur le recours aux soins (légèrement remaniées).

- Handicap (QP et SE1)

Audrey Sitbon, Stéphanie Pin-Le Corre, Jean-Baptiste Richard, Pascale Roussel (CTNERHI)

La nouvelle enquête Handicap Santé (dont les résultats sont attendus pour fin 2009) qui est le résultat d'une combinaison entre HID et l'enquête décennale de santé balaye une grande diversité de thématiques, explorant les déficiences et les incapacités (limitations fonctionnelles et restrictions d'activités), le recours aux soins, la consommation médicale, l'hospitalisation. Des indicateurs visent également à renseigner les différentes formes d'aides reçues (aides techniques, humaines, prestations, aides à l'insertion professionnelle, aides à la scolarité), le besoin d'aide, sous toutes ses formes, ainsi que des aspects sociaux (la situation familiale, la scolarité, l'emploi, les revenus, les loisirs, les vacances et la participation à la vie associative). Un grand nombre de dimensions de la santé sont laissées de côté dans l'enquête et c'est la raison pour laquelle il nous a semblé utile d'introduire, dans le baromètre 2010, des questions visant à repérer des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap (visuel, moteur, auditif, psychique). Nous pourrions ainsi identifier pour ces publics les spécificités éventuelles en matière de perception de la santé, de connaissances, d'attitudes et de comportements.

Une question ouverte avait déjà été posée dans le Baromètre 2000 (aucune dans le Baromètre 2005) : « Avez-vous un handicap physique qui atteint votre corps et limite son fonctionnement de quelque façon que ce soit ? ». Il nous a semblé utile de préciser ce questionnement en axant les items sur les types d'incapacités susceptibles d'être identifiées via cette enquête téléphonique à partir d'une batterie de questions limitées. C'est la raison pour laquelle nous avons renoncé à rechercher les handicaps psychiques et mentaux.

Afin d'analyser le retentissement des incapacités sur différents indicateurs de santé, leur sévérité est appréhendée à partir de questions d'activités, du recours à une tierce personne pour les activités de la vie quotidienne, de la perception d'allocations liées au handicap et à la perte d'autonomie ainsi qu'à partir de l'auto-déclaration d'une situation de handicap.

- Alzheimer (SE1.b)

Stéphanie Pin-Le Corre, Audrey Sitbon, Nicolas Duport (InVS) ; Claire Scodellaro (sociologue, INED) ; Jean-François Dartigues (épidémiologiste, Isped Bordeaux) ; Inge Cantegreil (psychologue, Hôpital Broca), Mission de pilotage du Plan Alzheimer ; France Alzheimer ; Médéric Alzheimer.

Les données en termes de connaissances, opinions et attitudes sur la maladie d'Alzheimer sont attendues pour suivre qualitativement la mise en œuvre du Plan Alzheimer 2008-2012. Il s'agit d'un thème nouveau et attendu.

Une revue de littérature internationale effectuée sur le sujet montre que les enquêtes en population générale sont relativement rares, y compris à l'étranger. Les enquêtes réalisées s'inscrivent dans le champ de la psychologie sociale et plus spécifiquement de la « *mental health literacy* » et visent à établir un lien entre les connaissances des publics (en distinguant la population non concernée et les populations ayant un membre de l'entourage atteint de la maladie d'Alzheimer) sur différents aspects de la maladie et leurs pratiques ou attitudes.

En France, la seule enquête quantitative en population générale sur la maladie d'Alzheimer est l'enquête par quotas réalisée par l'Inpes en octobre 2008 auprès d'un échantillon de 2000 personnes âgées de 18 ans et plus. Le questionnaire s'inspirera des enquêtes réalisées à l'étranger, notamment sur la partie « opinions » et « connaissances ».

Les questions seront posées aux 18-85 ans. Les questions ne seraient pas posées à l'ensemble de l'échantillon (SE1.b). Elles porteront sur :

- Connaissances : proximité à la maladie + niveau d'information (+ signes évocateurs + facteurs préventifs) ;
- Attitudes : crainte à l'égard de la maladie + attitude face au diagnostic + malaise face aux malades ;
- Opinions : à l'égard de la maladie (lien avec vieillissement ; ampleur de la maladie), à l'égard des traitements disponibles (efficacité de la prévention ; efficacité des traitements) et des malades (malades jeunes ; effets dévastateurs sur l'entourage).

- Accidents (SE1)

Jean-Baptiste Richard (INPES), Delphine Girard (INPES), Bertrand Thélot (InVS), Cécile Riccard (INVS)

Le Baromètre santé traite de ce thème depuis la naissance de l'enquête en 1992. De ce fait, la plupart des questions portant sur ce thème ne sont pas modifiées, afin d'assurer la comparabilité des résultats.

Certaines modifications ont cependant été apportées, permettant d'une part d'améliorer le recueil des informations, d'autre part de s'intéresser à de nouveaux sujets encore peu explorés.

Les premières questions, qui permettent d'estimer les fréquences par typologie d'accidents, le lieu de survenue, et le mécanisme accidentel ont été modifiées afin de faciliter les regroupement par catégorie : accident du travail, accident de la circulation, accident de sport, autre accident de la vie courante. Deux niveaux de détails ont été ajoutés afin d'estimer la fréquence des accidents de bricolage et jardinage.

Les questions portant sur le port du casque à vélo ne font plus la distinction VTT / BMX / autres vélos. Dans le but de réduire le temps global du questionnaire, les questions concernant les chutes ne sont posées qu'aux personnes âgées de plus de 55 ans (plus de 40 ans dans le baromètre 2005).

Enfin, deux nouvelles questions ont été ajoutées afin de répondre à des problématiques précises. La première porte sur la fréquence de la pratique sportive et vise à évaluer l'exposition aux risques d'accidents de sports, probablement très différente selon l'âge, le sexe et les catégories socio-professionnelles, et de pouvoir rapporter le nombre d'accidents observés à la pratique.

Pratique sportive :

Combien de fois par semaine, par mois, ou par an pratiquez-vous du sport ?

La seconde question concerne l'apprentissage de la natation et la maîtrise de l'élément liquide, sujet sur lequel aucune donnée n'a encore été recueillie en population générale.

L'ensemble du module sera posé à un échantillon de 8 400 personnes. Avec une fréquence déclarée d'accidents au cours des 12 derniers mois estimée à un peu moins de 10%, la base de données devrait contenir environ 800 individus. La durée du questionnaire lors du pilote a été d'1'30 min en moyenne, mais les modifications apportées depuis devraient certainement réduire ce temps moyen.

- Douleur (SE3.a)

Cécile Fournier, Arnaud Gautier, Danièle Cullet (DHOS)

Les douleurs chroniques, sources d'incapacités, de handicaps et d'altération majeure de la qualité de vie, induisent une consommation de soins importante, de nombreux arrêts de travail et sont fréquemment associées à des troubles psychosociaux [Etat de santé en France – Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique – rapport 2007].

Quelques questions sont de nouveau posées sur ce sujet (module inclus dans les Baromètres santé depuis 2000) à près de 4 200 personnes (SE3.a). Elles s'inscrivent dans le cadre du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur (2006-2010) et aideront le suivi de la loi relative à la santé publique.

Le Baromètre permettra d'estimer "la prévalence" de la douleur, y compris « chronique » selon la définition de la HAS : c'est-à-dire si celle-ci persiste ou est récurrente, si elle répond insuffisamment aux traitements et/ou si elle entraîne des détériorations des capacités fonctionnelles (des ajustements en ce sens ont été effectués pour préciser la définition retenue dans les précédents Baromètres). Ces douleurs pourront par ailleurs être rapportées à chaque maladie chronique (les maladies étant renseignées par ailleurs dans le questionnaire). Pour toutes les personnes ayant souffert d'une douleur au cours des 12 derniers mois, le lieu de la survenue, la prise en charge et la satisfaction par rapport à cette prise en charge seront renseignés. Ce module permettra ainsi de mieux connaître les besoins de la population, d'inciter à la prise en charge notamment par le médecin traitant, voire de développer l'offre de structures spécifiques de prise en charge de la douleur chronique.

- Consommation de soin, recours au soin

François Beck, Cécile Fournier, Arnaud Gautier, Romain Guignard, Béatrice Lamboy, Viet N'Guyen-Thanh, Jean-Baptiste Richard

Ces questions ont été jusqu'ici relativement peu utilisées, il apparaît important de resituer ce que doit être l'apport du Baromètre santé en regard des enquêtes ESPS et EDS. Une bonne partie des questions posées en 2005 a donc été abandonnée. Ce thème va être traité en partie au terme de différents modules (addictions, santé mentale, sexualité...) et en partie de manière globale, sur le recours aux soins en général. La fréquence du recours aux professionnels est également posée au sein du module sur les maladies chroniques.

- Activité physique

Hélène Escalon, Audrey Sitbon, Jean-Baptiste Richard, Anne Vuillemin (Université Nancy), J-M Oppert (Hotel Dieu), François Beck

Ce thème ayant déjà été abondamment traité dans le Baromètre nutrition 2008 (avec le GPAQ), il n'est pas apparu nécessaire de poser à nouveau ce questionnaire à deux ans d'intervalle. Par ailleurs, concernant les seuils obtenus à partir de tels questionnaires internationaux (l'IPAQ ou le GPAQ), il existe dans la littérature une certaine ambiguïté et de nombreux débats sur ceux qui correspondent à une activité favorable à la santé et aux recommandations actuelles en matière d'activité physique. Ces dernières sont, de plus, en train d'évoluer au niveau international.

Ces questionnements sur lesquels il n'y a pas encore de consensus, ajouté au fait que ce type de questionnaire assez complexe a été posé récemment, font que le thème de l'activité physique ne sera pas traité en 2010.

- Personnes âgées

Audrey Sitbon, Stéphanie Pin-Le Corre, Jean-Baptiste Richard, Lucette Barthelémy, Hélène Escalon, François Beck, Marie-Noël Vercambre (MGEN), Jean-François Dartigues (Isped Bordeaux)

Le questionnaire devait être le plus court possible pour les plus âgés. Pour ne pas trop dépasser 30 minutes en moyenne, les modules « Drogues illicites » et « Jeu pathologique » sont épargnés aux 65-85 ans. La réflexion est encore en cours pour leur épargner d'autres questions. Ces choix sont vus thème par thème, avec les responsables de chacun des thèmes.

Lors du Comité de pilotage du 30 avril, a été évoquée l'opportunité d'utiliser un module de quelques questions permettant d'évaluer les troubles cognitifs, au terme duquel la solution d'utiliser un *proxy* pour passer l'interview apparaît une piste intéressante à explorer. Faute d'avoir trouvé une solution opérationnelle et faute de temps pour élaborer un questionnaire pour le proxy (les adaptations à envisager étaient très nombreuses), ce projet, dont la faisabilité reste à évaluer, a été reporté à la future enquête spécifique auprès des personnes âgées que l'Inpes doit mettre en place en 2010-2011.

NB : Le plan MILDT insiste sur le besoin de données sur la consommation d'alcool et de médicaments psychotropes des seniors.

- Population des étudiants

François Beck, Arnaud Gautier, Romain Guignard, Colette Ménard, Nathalie Lydié, Emilie Gay (LMDE), Valérie Guagliardo (ORS PACA), Viviane Kovess (MGEN), Stéphane Legleye (OFDT),

Lucie Lefevre (SMEREP), Laurent Michel (USEM), Laurence Simmat-Durand (CESAMES), Nicolas Souveton (LMDE), Pierre Verger (ORS PACA)

A l'initiative de Pierre Verger (directeur des études de l'ORS PACA), un projet de mise en place d'une enquête nationale sur la santé des étudiants est à l'étude, dans la foulée de l'enquête qu'ils ont réalisée en PACA il y a 3 ans. Une des pistes évoquées, complémentaire de ce projet d'enquête étudiant, était l'ajout de quelques questions au questionnaire du Baromètre santé 2010 permettant de préciser *a minima* le cursus suivi (filière, type d'établissement...) et le nombre de redoublement au cours de la scolarité, avec l'avantage de pouvoir comparer les jeunes étudiants aux jeunes actifs occupés ou chômeurs. L'échantillon du Baromètre santé 2010 comprendra environ 1 300 étudiants du supérieur, avec parmi eux une forte majorité âgés de 18 à 25 ans (qui pourraient constituer le cœur de l'étude).

Annexe : Format des fiches thématiques complémentaires :

Ces fiches sont construites sur le schéma suivant lorsque c'est utile⁷ :

- Les objectifs de connaissance à atteindre à court, moyen et long terme
 - o Les principales questions de surveillance et de recherche
 - o Les indicateurs nécessaires (type indicateurs de suivi de la loi de santé publique)
- Un résumé de l'existant en matière d'enquêtes
- Les enquêtes prévues en France sur les 5 prochaines années
- Les actions à entreprendre par le département « Observation et Analyse des Comportements de Santé » de l'INPES
 - o Enquête quantitative ad hoc
 - o Enquête qualitative ad hoc
 - o Module dans le Baromètre santé multithématique
 - Liste d'experts envisagés pour la réflexion
 - Temps d'enquête / nombre de questions envisagé
 - Taille d'échantillon envisagée
 - o Analyses secondaires d'autres enquêtes
 - o Collaborations avec des équipes extérieures
- Les manques éventuels
- Module de questions envisagées faisant apparaître les évolutions du questionnaire par rapport au baromètre santé 2005
- Les questions envisagées mais non retenues

⁷ Certains thèmes ne se prêtent pas forcément à une description aussi détaillée.