

Présentation et méthodologie de l'enquête en Haute-Normandie

Ce dispositif d'enquête national a pour principal objectif d'étudier les comportements, attitudes et perceptions de la population liés, à des niveaux variables, à l'état de santé de la personne interrogée ou pouvant influencer sur son état de santé futur. Les baromètres santé ont été développés depuis 1992, et sont conduits aujourd'hui par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Ils concernent la population générale, le plus souvent les 12-75 ans et les professionnels de santé. Au delà des Baromètres santé généraux réalisés à cinq reprises, ils ont été déclinés en versions thématiques – Baromètre santé nutrition, cancer, environnement – ou en versions spécifiques d'une population – Baromètre santé jeunes, médecins généralistes, médecins-pharmaciens. Ces Baromètres santé sont répétés régulièrement et permettent de suivre les évolutions des comportements, attitudes et perceptions par rapport aux questions de santé et, en faisant le lien avec les politiques de santé et de prévention mises en œuvre, d'estimer l'impact de celles-ci.

Réalisé pour la première fois en 1996 auprès de la population adulte (18 à 75 ans), le Baromètre santé nutrition a été reconduit en 2002 et en 2008 en l'étendant aux jeunes (12 à 75 ans). Le développement d'un Baromètre santé portant spécifiquement sur la thématique « nutrition » s'explique par l'importance de l'acte alimentaire tant sur le plan physiologique que social. L'impact de la nutrition, que ce soit par l'alimentation ou l'activité physique, sur l'état de santé de la population est majeur. La mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS) dès 2001 conforte l'intérêt du Baromètre santé nutrition comme outil de suivi et d'évaluation de celui-ci. Cette étude vise donc à décrire le type des aliments consommés et la périodicité de ces consommations, à évaluer le contexte des prises alimentaires (rythme et structure des repas, convivialité...), à étudier les perceptions et connaissances dans le domaine de l'alimentation et de l'activité physique, à mesurer le niveau d'activité physique et de sédentarité, à étudier les comportements d'achats. Pour l'ensemble de ces éléments, les variations selon les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, diplôme, niveau de revenus...) des individus peuvent être analysées.

Dès la fin des années quatre-vingt-dix, l'Inpes, en lien avec la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), a favorisé la réalisation de déclinaisons régionales des Baromètres santé. Par la constitution d'échantillons régionaux représentatifs de taille suffisante, elles permettent de mener des analyses au niveau régional. À l'occasion du Baromètre santé général en 2000, ces déclinaisons ont été répétées dans un nombre variable de régions, aussi bien pour des Baromètres santé généraux que thématiques.

Le Baromètre santé nutrition a fait l'objet en 2002 d'une déclinaison dans deux régions (Nord – Pas-de-Calais et Languedoc-Roussillon) pour la population adulte (18 à 75 ans). Dans ces régions, les résultats de ces enquêtes ont été utilisés dans l'adaptation des programmes régionaux de santé et dans l'élaboration du programme régional de santé publique (PRSP). Ils ont également servi à étayer l'argumentaire scientifique des projets mis en œuvre, à actualiser les connaissances des professionnels et à travailler sur leurs représentations. Ils ont enfin permis d'ouvrir de nouvelles pistes en termes de stratégies éducatives.

Aujourd'hui, les questions relatives à la nutrition, soit de façon directe, soit comme facteur de risque de problèmes de santé, apparaissent dans les PRSP de chacune des régions de France. Gageons que ces questions seront également présentes dans les projets régionaux de santé que les nouvelles agences régionales de santé vont être amenées à élaborer.

Ainsi, en 2008, le Baromètre santé nutrition a fait l'objet d'une déclinaison dans sept régions en parallèle à l'enquête menée au niveau national : Franche-Comté, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Nord – Pas-de-Calais, Haute-Normandie, Picardie et Provence-Alpes-Côte d'Azur. En utilisant la même méthodologie, une extension a été réalisée en 2009 en Champagne-Ardenne. Depuis 2008, l'Inpes a chargé la Fnors, dans le cadre d'une convention pluriannuelle, de la coordination des extensions régionales des Baromètres santé.



→ L'échantillon

L'institut de sondage Lavalie (ISL) a réalisé l'enquête par entretien téléphonique entre le 11 février et le 28 juin 2008 en utilisant le système de réalisation d'enquête téléphonique assistée par ordinateur Cati (*Computer Assisted Telephone Interview*). L'enquête a été réalisée pour l'échantillon national du 11 février au 19 mai 2008 alors que les enquêtes portant sur les sur-échantillons régionaux ont été réalisées entre le 17 mars et le 28 juin 2008. Ainsi, en Haute-Normandie, l'enquête régionale s'est déroulée entre le 17 mars et le 28 juin 2008.

Pour l'étude nationale, un échantillon de 4 714 individus, représentatif de la population de la France métropolitaine âgée de 12 à 75 ans, a été constitué comprenant un échantillon de 3 324 personnes âgées de 12 à 75 ans disposant d'un téléphone filaire, un sur-échantillon de 523 jeunes de 12 à 18 ans ayant un téléphone filaire, un échantillon de 727 personnes de 12 à 75 ans ayant exclusivement un téléphone mobile et 140 personnes de même âge n'ayant qu'un téléphone dégroupé. Les sur-échantillons régionaux comprennent entre 818 et 1 204 individus selon les régions et sont représentatifs des populations régionales de 12 à 75 ans possédant un téléphone filaire non dégroupé (à l'exception de l'Île-de-France où l'échantillon régional comprenait également des individus disposant uniquement d'un téléphone mobile ou d'un téléphone filaire dégroupé).

La base de sondage a été créée à partir d'un tirage aléatoire de numéros de téléphone issus de la base des abonnés à France Télécom. À cinq reprises, chaque numéro de téléphone a été incrémenté de un afin d'inclure les personnes inscrites sur liste rouge. Une recherche sur l'annuaire inversé a permis d'éliminer les numéros de téléphone professionnel, de télécopieurs ou de cabines téléphoniques. Les numéros non retrouvés dans l'annuaire inversé (notamment ceux en liste rouge) ainsi que ceux des ménages ainsi identifiés ont été conservés dans la base de numéros de téléphone à interroger. Avant tout appel, une lettre annonçant l'enquête a été adressée aux ménages identifiés afin de minorer les refus de participation.

→ Sélection des ménages éligibles et des individus à enquêter

Pour être éligible, un ménage devait comporter au moins une personne âgée de 12 à 75 ans, parlant le français et ayant son domicile habituel au numéro de téléphone composé, pour les personnes disposant d'un téléphone filaire. Chaque numéro a été appelé au maximum vingt fois entre 16h00 et 21h00 en semaine, le samedi de 9h30 à 15h00 et le dimanche de 15h30 à 20h30. Au bout de trois tentatives infructueuses, deux nouvelles tentatives étaient effectuées dans un autre créneau horaire. En cas de non-réponse, le numéro était recomposé automatiquement 60, 90 ou 120 minutes plus tard selon le moment de la journée et 15 minutes plus tard si la ligne était occupée.

À l'intérieur de chaque foyer, la personne à interroger a été choisie selon la méthode de Kish consistant en une sélection aléatoire de la personne à interroger à partir de la composition du foyer recueillie auprès de la personne ayant répondu au téléphone.

→ Taux de refus et taille des échantillons régionaux

Le taux de refus global, en dehors des abandons en cours d'entretien, est de 45,9 % en Haute-Normandie. Dans les autres régions, il varie de 41,4 % en Picardie à 49,4 % en Île-de-France. Du fait de la longueur du questionnaire (entre 40 et 45 minutes), le taux d'abandon en cours de questionnaire n'est pas négligeable : 14,4 % en Haute-Normandie.

Pour l'analyse des résultats régionaux, les individus de chacune des régions interrogés dans le cadre de l'enquête nationale (en dehors des mobiles exclusifs et des téléphones dégroupés) ont été intégrés dans les échantillons régionaux. Ainsi, les analyses ont porté selon les régions sur 902 à 1 611 sujets. En Haute-Normandie, l'échantillon analysé était constitué de 1 127 personnes (tableau 1).

Les principales caractéristiques sociodémographiques de chaque sur-échantillon régional et de l'échantillon national sont indiquées en avant-dernière page de chaque fascicule de présentation des résultats.

Tableau 1 - Taux de refus et taille des sur-échantillons régionaux

	Champagne-Ardenne	Franche-Comté	Île-de-France*	Languedoc-Roussillon	Nord - Pas-de-Calais	Haute-Normandie	Picardie	PACA	France métropolitaine**
Refus ménages immédiats	32,3 %	40,6 %	42,3 %	40,4 %	37,8 %	38,3 %	34,3 %	38,8 %	30,3 %
Refus ménages différés	2,1 %	2,4 %	2,7 %	1,7 %	2,4 %	2,5 %	2,2 %	2,3 %	2,5 %
Refus personnes sélectionnées	6,3 %	3,9 %	4,4 %	5,2 %	5,6 %	5,1 %	4,9 %	4,9 %	5,7 %
Taux de refus global dans le sur-échantillon	40,7 %	46,9 %	49,4 %	47,3 %	45,8 %	45,9 %	41,4 %	46,0 %	38,5 %
Abandons d'interview dans le sur-échantillon	11,6 %	12,8 %	14,7 %	16,0 %	14,5 %	14,4 %	13,6 %	15,9 %	13,0 %
Sur-échantillon régional	803	818	1 001	1 204	1 003	1 003	1 001	1 000	--
Individus extraits de l'échantillon national	--	84	610	124	292	124	94	296	--
Échantillon analysé	803	902	1 611	1 328	1 295	1 127	1 095	1 296	3 324

* personnes jointes sur ligne fixe hors dégroupage intégral.

** échantillon national des 12-75 ans joints sur téléphone fixe hors dégroupage intégral (sans le sur-échantillon des 12-18 ans).

2

→ Le questionnaire

Le questionnaire est basé notamment sur un rappel des 24 heures. Cette méthode consiste à demander à l'interviewé de décrire de manière la plus précise possible l'ensemble des aliments et boissons consommés la veille de l'entretien, tout au long de la journée, en détaillant la nature et la composition de ces consommations. Pour chaque repas ou prise alimentaire, il s'agit de faire énumérer par la personne interrogée tous les aliments qui l'ont composé, y compris les accompagnements et les sauces. Aliments et boissons sont relevés de façon successive. Pour le déjeuner et le dîner, les différentes prises alimentaires sont étudiées séparément : entrée, plat principal, fromage et dessert. Pour chacun de ces deux principaux repas, afin d'aider la personne à se remémorer l'ensemble des prises en se remettant

en situation, des questions sont posées sur le lieu, les personnes avec qui le repas a été partagé, le temps passé à manger et les conditions dans lesquelles a été pris le repas. Des questions permettent également de recueillir les prises alimentaires lors des collations entre les repas dits « principaux ». Ce rappel des 24 heures est complété par un questionnaire de fréquence alimentaire (portant sur les 15 jours précédant l'enquête) pour les aliments mangés plus rarement (comme les produits de la mer). Les informations sur l'activité physique ont été recueillies en utilisant le questionnaire « GPAQ » (*Global Physical Activity Questionnaire*) développé par l'Organisation mondiale de la santé. Cet outil comporte 16 questions sur la pratique de l'activité physique et sur la sédentarité au cours d'une semaine habituelle.

Il distingue trois types d'activités physiques :

- les activités physiques au travail : par « travail », on entend les travaux rémunérés ou non (y compris le bénévolat et le travail non déclaré) et aussi le travail ménager et d'entretien à la maison (le ménage, le bricolage, le jardinage par exemple). Chez les plus jeunes, le travail correspond au temps passé au collège, au lycée ou à l'université et inclut les cours d'activité physique et sportive obligatoires ;
- les activités physiques liées aux déplacements actifs : à pied, en vélo mais aussi en roller ou en trottinette ;
- les activités physiques de sports et loisirs : tous les sports tels le fitness, la natation, le volley par exemple.

Le questionnaire prend également en compte l'intensité de l'activité, liée à l'accélération de la respiration ou du pouls (rythme cardiaque). Ainsi :

- les activités physiques intenses sont des activités qui nécessitent un effort physique important et qui essoufflent ou accélèrent fortement le pouls ;
- les activités physiques d'intensité moyenne sont des activités qui modifient légèrement la respiration ou le pouls.

Seules les activités physiques effectuées pendant au moins 10 minutes consécutives sont prises en compte.

Une question est consacrée à la sédentarité, qui correspond au temps passé au cours d'une journée habituelle en position assise ou allongée, au travail, à la maison, en voiture, en bus...

D'autres questions dans l'enquête permettent d'explorer les habitudes alimentaires, les relations perçues entre alimentation et santé, les connaissances dans le domaine de la nutrition ainsi que celle des repères du PNNS, les achats et modes de préparation des repas.

→ Préparation des analyses

Pour la réalisation des analyses et la rédaction des résultats, un groupe de travail interrégional coordonné par la Fnors a été mis en place. Ce groupe de travail a permis de définir les modalités d'analyses statistiques (choix des pondérations, tests de comparaisons...) et les indicateurs pris en compte, de valider les modalités de présentation des résultats et de définir la maquette des documents à produire. Le choix a été fait de présenter les résultats de chaque région et de la France métropolitaine au travers de six documents thématiques :

- Consommations alimentaires
- Perceptions et connaissances nutritionnelles
- Comportements d'achats alimentaires
- Nutrition, revenus et insécurité alimentaire
- Activité physique et sédentarité
- Structure et environnement des repas

Ces fiches sont complétées par deux documents : celui-ci, « Présentation et méthodologie de l'enquête », et une synthèse intitulée « Différences et similitudes entre régions » réalisée par la Fnors.

→ Modalités de présentation des résultats

Les indicateurs présentés (principalement des pourcentages), prennent en compte la probabilité d'inclusion d'un individu et sont redressés sur le sexe, l'âge, le diplôme et la taille d'agglomération, afin d'être représentatifs des populations régionales et de la population nationale. Le redressement des données régionales est effectué à partir du bilan démographique de 2006 (sexe

et âge) et des données de l'enquête Emploi 2007 (diplôme et taille d'agglomération) et celui des données nationales à partir de l'enquête Emploi 2007 (sexe, âge, diplôme et taille d'agglomération). Ces données redressées permettent d'avoir une estimation de la situation dans les régions, mais n'autorisent pas à comparer directement les régions entre elles, ni avec le niveau national. En effet, les différences qui peuvent subsister entre les régions ou avec la France métropolitaine peuvent être la résultante de structures de population différentes. Aussi, pour pouvoir mettre en avant des différences entre le niveau régional et le niveau national, à structure de population comparable, les tests de comparaison (principalement réalisés à partir de régression logistique sur des données non redressées) ont été effectués en ajustant sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, la situation professionnelle, la structure du foyer et la zone de résidence. Ces tests comparent les chiffres observés en région et les chiffres observés dans l'échantillon national, hors individus de la région. Ainsi, la situation en Haute-Normandie est comparée avec la situation dans le reste de la France métropolitaine. Les différences présentées en région le sont "toutes choses égales par ailleurs". Autrement dit, si une différence est mentionnée dans une sous population (par exemple chez les jeunes ou les moins diplômés...) elle l'est après ajustement sur les différentes variables (l'âge, le sexe, le niveau de diplôme...) susceptibles d'influencer l'indicateur étudié. Ainsi, dans les différentes fiches réalisées, les résultats régionaux et nationaux présentés sous forme de graphique sont représentatifs de la population de la Haute-Normandie et de la France métropolitaine. Sous chaque graphique, dans un bandeau de couleur, une phrase indique si des différences sont observées entre la région et le reste de la France, et ce à structure de population comparable. De plus, s'il s'agit de variables croisées (selon le sexe, l'âge...), une phrase indique si des différences significatives sont observées pour ce croisement, "toutes choses égales par ailleurs". Si aucune zone géographique n'est mentionnée, les différences sont observées en région comme en France métropolitaine. Dans le cas contraire, les différences observées le sont uniquement dans la zone spécifiée.

Le seuil de significativité retenu pour l'ensemble des analyses est de 5 %.

→ Zoom 12-17 ans

Compte-tenu de la faiblesse des effectifs des jeunes de 12 à 17 ans dans les sur-échantillons régionaux et de l'impossibilité d'utiliser le niveau de diplôme comme variable d'ajustement, ceux-ci ont été traités séparément de la population adulte. De ce fait, les données formant le corps des documents présentant les résultats du Baromètre santé nutrition 2008 en Haute-Normandie porte sur les 18-75 ans. Des encadrés présentant les résultats spécifiques des 12-17 ans sont intégrés dans les documents. Dans le document « Activité physique et sédentarité », les résultats présentés pour cette population sont issus de l'exploitation d'une partie du questionnaire GPAQ adaptée à l'activité des jeunes. L'analyse du niveau d'activité physique, qui dépend du niveau des dépenses énergétiques ne peut cependant pas être réalisée chez les moins de 15 ans avec le GPAQ. Les résultats concernant les 12-17 ans ne sont pas présentés dans la fiche « Comportements d'achats alimentaires » car les données n'ont été recueillies qu'à partir de 15 ans ainsi que dans la fiche « Nutrition, revenus et insécurité alimentaire ».

→ Les Baromètres santé : Une opportunité d'articulation entre l'Inpes et les producteurs de statistiques en région

Les Baromètres santé ont été créés au début des années 1990 par l'Inpes (anciennement Comité français d'éducation pour la santé (CFES) avec le soutien de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam-TS). Depuis près de vingt ans, ces enquêtes déclaratives permettent de suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France. Elles permettent à la fois l'étude des déterminants de santé de la population ainsi que l'obtention d'un cadre heuristique permettant une surveillance conjointe de la perception des risques et des comportements de santé propice à une bonne compréhension des deux. Le Baromètre santé nutrition 2008 se situe tout à fait dans cette logique.

En 2002, le précédent exercice du Baromètre santé nutrition avait été l'occasion de décliner deux échantillons régionaux sur le modèle de l'enquête nationale, dans les régions Nord-Pas-de-Calais et Languedoc-Roussillon, offrant ainsi d'utiles données sur leurs caractéristiques propres en matière d'alimentation et d'activité physique. Dans le contexte de la mise en place des agences régionales de santé (ARS), et dans le souci, exprimé par la « Formation santé et protection sociale » du Conseil national de l'information statistique (Cnis) et partagé par l'Inpes, d'une articulation entre la statistique nationale et la statistique régionale*, la mise en place du Baromètre santé 2008 a ainsi constitué une occasion exceptionnelle de construction d'un système d'observation nationale qui puisse efficacement se décliner au niveau régional. Huit régions ont ainsi pu, grâce à des financements locaux, mettre en œuvre cette enquête au niveau local en développant un sur échantillon régional reprenant à l'identique le questionnaire national et y ajoutant parfois un module spécifique correspondant à une problématique locale (tel celui sur l'alimentation méditerranéenne en Languedoc-Roussillon).

Une telle articulation apparaît pertinente à la fois en termes d'harmonisation des indicateurs (strictement identiques d'une région à l'autre et au plan national, ils permettent des comparaisons fiables) et de rationalisation de la dépense publique (au lieu de monter des enquêtes régionales ad hoc, la déclinaison régionale d'un outil national permet une réelle économie d'échelle en termes de conception d'enquête et de partage des savoir-faire sur les étapes techniques de préparation des bases de données et d'analyses statistiques). Ce système permet donc le partage d'une véritable culture commune qui s'avère particulièrement utile également en termes d'évaluation des actions entreprises en région.

Dans les régions qui ont eu l'opportunité de monter un sur échantillon régional, le Baromètre santé nutrition peut en effet devenir l'un des éléments du système d'information dont ont besoin les ARS pour leur pilotage régional en matière de nutrition et d'activité physique. Grâce à sa grande taille d'échantillon (plus de 27 000 individus interrogés), le Baromètre santé 2010, multithématique, permettra pour sa part, comme ce fut le cas en 2005 la production de données régionales offrant une cartographie des différents comportements de santé. De nombreuses régions ont par ailleurs obtenu des financements locaux afin d'augmenter la taille d'échantillon de leur région ou de cibler plus particulièrement sur les populations des adolescents et jeunes adultes, poursuivant cette logique d'articulation entre les acteurs nationaux et régionaux afin de produire des données qui permettent d'objectiver les pratiques et les représentations de nos concitoyens sur l'ensemble des questions ayant trait à la santé.

* Compte rendu de la réunion de la formation Santé et protection sociale du Cnis du 18 juin 2008.

→ Les fiches thématiques du Baromètre santé nutrition

L'analyse de l'extension régionale du Baromètre santé nutrition en Haute-Normandie a donné lieu à la publication d'autres documents thématiques comme dans les autres régions où une telle extension a été réalisée : « Consommations alimentaires », « Perceptions et connaissances nutritionnelles », « Comportements d'achats alimentaires », « Nutrition, revenus et insécurité alimentaire », « Activité physique et sédentarité », « Structure et environnement des repas ». Une synthèse intitulée « Différences et similitudes entre régions » a également été réalisée par la Fnors.

Ce document a été réalisé par : Gaëlle Mazure, Cyril Boudier et Hervé Villet (ORS Haute-Normandie).

Le choix des thématiques et les analyses ont été réalisés en collaboration étroite avec Samira Bensalah, Marie-Antoinette Castel-Tallet et Thomas Klipfel (ORS Champagne-Ardenne), Elodie Roy et Anne-Sophie Woronoff (ORS Franche-Comté), François Baudier et Claude Michaud (Urcam Franche-Comté), Cyril Boudier, Gaëlle Mazure et Hervé Villet (ORS Haute-Normandie), Jean-François Buyck, Dorothee Grange et Catherine Vincelet (ORS Ile-de-France), Geneviève Le Bihan (Cres Languedoc-Roussillon), Bernard Ledésert et Inca Ruiz (ORS Languedoc-Roussillon), My Mai Cao et Hafida Raoui (Drass Nord-Pas de Calais), Henriette Noël (Drass Picardie), Nadège Thomas et Alain Trugeon (OR2S Picardie), Lucie Bacchioni et Cécile Lucas (Drass Provence-Alpes-Côte d'Azur), Aurélie Bocquier, Caroline Lions et Pierre Verger (ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur), Claire Bossard et François Michelot (Fnors), François Beck et Hélène Escalon (Inpes).

Le recueil des données du sur-échantillon régional et l'analyse ont été financés par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, le Groupement régional de santé publique et la Région Haute-Normandie.

Directeur de la publication : Dr Yvon Graïc

Observatoire régional de la santé de Haute-Normandie

57, avenue de Bretagne - 76100 ROUEN Tél. : 02 32 18 07 50 - Fax : 02 32 18 07 51

Email : accueil@orshn.fr Site : www.orshn.fr