

## QUALITÉ DES DONNÉES PAR ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE ET EN FACE À FACE

Andrée MIZRAHI<sup>1</sup> et Arié MIZRAHI<sup>1</sup>

### Résumé

Les fichiers de l'enquête du CREDES sur la protection maladie, la santé et les soins médicaux portent sur 10927 ménages (soit 32103 personnes). Pour effectuer les observations sur le terrain, on disposait de leurs noms et adresses mais pas de leurs numéros de téléphones qui ont été cherchés dans l'annuaire. 70 % des numéros ont été retrouvés ; pour ceux dont le numéro de téléphone a été retrouvé (7632 ménages, 22113 personnes), l'enquête a pu être effectuée par téléphone et courrier, les autres (2569 ménages, 7852 personnes) ont été enquêtés en face à face. Par ailleurs, 726 ménages, soit 2138 personnes n'avaient pas le téléphone.

On se propose de comparer les déclarations des 2 groupes de personnes ayant le téléphone selon qu'elles ont été interrogées par téléphone ou en face à face : nombre de refus, de non réponses, quantité d'information relevée par personne dans les questionnaires administrés (données socio-démographiques, couverture maladie, risques,...) et auto administrés (morbidité, consommation médicale (pharmacie, soins de médecin).

MOTS CLES : méthodes d'enquête ; qualité des données.

### 1. Présentation des données

#### 1.1. Le sondage

Les données sont issues d'une enquête effectuée par le CREDES tous les ans auprès de plus de 3 000 ménages et portant sur la santé, les consommations médicales et la protection maladie. Le sondage est fait sur les fichiers des caisses d'Assurance maladie. Comme base de sondage, ces fichiers comportent quelques imperfections, en particulier ils peuvent être redondants, l'adresse de versement des prestations peu être différente du lieu de résidence, le numéro de téléphone n'y figure pas... Pour des raisons de coût et de plus grande facilité de contrôle, on désire procéder, autant que possible, à une enquête par téléphone et courrier ; on sait cependant que certains groupes sociaux n'ont pas le téléphone pour des motifs économiques et on désire que la méthode d'enquête ne soit pas un obstacle à l'observation de ces groupes : toutes les personnes dont on ne trouve pas les numéros de téléphone dans les annuaires (informatiques et manuels) sont donc enquêtés en face à face par déplacement d'enquêteur.

Etant donnée la nature de la base de sondage, environ un tiers des numéros de téléphone ne sont pas retrouvés et on est donc en présence de 3 sous échantillons

- ménages ayant le téléphone et enquêtés par téléphone et courrier (70 %),
- ménages ayant le téléphone mais enquêtés en face à face (un peu moins d'un quart),
- ménages n'ayant pas le téléphone et enquêtés en face à face (près de 7 %).

On se propose de comparer la qualité des données recueillies auprès des deux premiers sous échantillons.

#### 1.2. Les informations recherchées et les modalités de recueil

Par téléphone ou en face à face, sont relevées par enquêteur,

- les données générales (informations démographiques et socio-économiques),
- les questions d'opinion et les renoncements aux soins pour raisons financières,
- quelques questions sur l'histoire de vie (enfance et dernière année écoulée),

---

<sup>1</sup> ARgSES, Arguments socio-économiques pour la santé

- un premier état des lieux sur la protection maladie et sur les hospitalisations au cours des 3 mois précédant l'enquête,

Par questionnaire auto-administré transmis par courrier ou remis par (et à) l'enquêteur,

- les informations détaillées sur la protection maladie complémentaire et sur les hospitalisations au cours des 3 mois précédant l'enquête,
- les données de morbidité (maladies et infirmités, incapacités, santé subjective ...),
- les consommations médicales de chaque membre du ménage au cours d'un mois (Cf. tableau 1).

**Tableau 1**  
**Les modalités de recueil des information**  
Enquête du CREDES sur la santé et la protection sociale

Informations recherchées	Mode de recueil
Mode de protection. Environnement socio-économique. Hospitalisations antérieures.	Un questionnaire principal par ménage. Enquête par enquêteur. Un adulte par ménage est interrogé, les autres par procuration..
Questions d'opinion. Renoncement aux soins. Evénements importants. Nationalité.	Un questionnaire principal par ménage. Enquête par enquêteur. Un adulte par ménage est interrogé. Pas d'information sur les autres personnes
Couverture complémentaire. Hospitalisations antérieures.	Un questionnaire par couverture complémentaire. Un questionnaire par hospitalisation. Auto-administrés.
Etat de santé. Maladies. Incapacités. Santé subjective.	Un questionnaire santé par personne. Auto-administré.
Consommations médicales.	Un carnet de soins par ménage. Auto-administré.

L'essentiel des informations sont relevées dans trois documents :

- le questionnaire principal, administré par enquêteur,
- le questionnaire santé, auto-administré,
- le carnet de soins, auto-administré,
- pat ailleurs, plusieurs petits questionnaires sont éventuellement utilisés (auto-administrés), couverture complémentaire, hospitalisations antérieures, institution pour handicapés fréquentée.

L'enquête par téléphone fournit généralement des données moins fiables que l'enquête en face à face et l'enquête par courrier est encore moins bonne. Pour éviter de lasser l'enquêté par un entretien téléphonique trop long et améliorer la qualité des données recueillies par courrier, quatre appels téléphoniques au moins sont prévus :

- au cours du premier appel, on explique les motifs et la méthode d'enquête, on passe l'essentiel du questionnaire principal,
  - au deuxième appel, le ménage a reçu les documents à remplir, on les repasse en revue et on s'assure qu'ils ont bien été compris, on pose quelques questions du questionnaire principal (éventuellement on demande quelques précisions sur les informations obtenues précédemment),
- au troisième appel, on a reçu les questionnaires santé, on vérifie qu'ils sont bien remplis et que le carnet de soins continue d'être utilisé (il doit l'être pendant un mois), on encourage à continuer,
- au quatrième et dernier appel, on a reçu le carnet de soins, on vérifie qu'il est complet, on termine le questionnaire principal et on remercie l'enquêté pour sa contribution.

Dans le cas de l'enquête en face à face, l'enquêteur se déplace deux fois, une première fois pour exposer les motifs et la méthode d'enquête, remplir la plus grande partie du questionnaire principal, et déposer les documents auto-administrés, une deuxième fois pour recueillir ces documents, les vérifier et compléter le questionnaire principal (Cf. tableau 2).

Deux échantillons ayant le téléphone sont disponibles, l'un enquêté par téléphone, l'autre en face à face (numéro de téléphone non retrouvé) ; l'échantillon sans téléphone n'appartient pas à l'objet de cette étude.

**Tableau 2**  
**Les modalités de contact**  
Enquête du CREDES sur la santé et la protection sociale

Téléphone	Face à face
Avant le premier appel, courrier jour (J - 3)	Avant la première visite, courrier jour (J - 3)
Premier appel, jour J environ 85 % du questionnaire principal	Première visite, jour J environ 85 % du questionnaire principal
Envoi des documents : carnet de soin questionnaire santé couvertures complémentaires hospitalisations antérieures	Dépôt des documents explications
Deuxième appel, jour (J + 5) explications démarrage du carnet de soins environ 5 % du questionnaire principal	
Troisième appel, jour (J + 20) Réception des questionnaires santé Encouragements pour le carnet de soins	Deuxième visite, jour (J + 32) recueil des documents environ 15 % du questionnaire principal
Troisième appel, jour (J 36) Réception du carnet de soins environ 10 % du questionnaire principal Remerciements	Remerciements

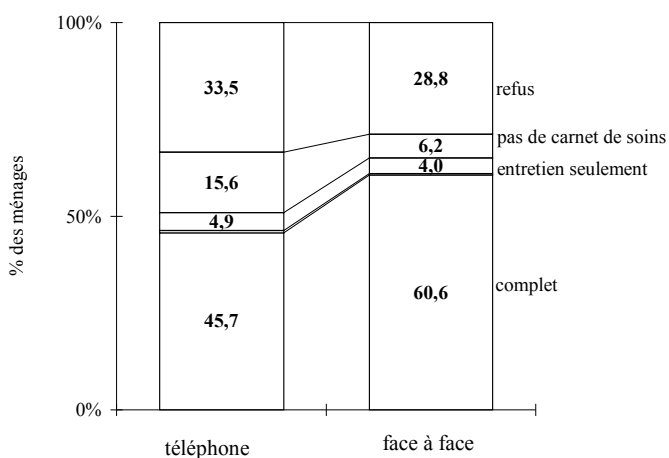
L'objectif poursuivi par l'amélioration des modalités d'enquête est de diminuer les taux de refus et d'abandon, et de réduire au maximum les oublis : on admet que l'enquête est de meilleure qualité si les taux de participation sont supérieurs et/ou si davantage d'information est recueillie.

Deux catégories de variables seront analysées pour tenter de porter un jugement sur la qualité respective de l'enquête en face à face et par téléphone et courrier :

- les refus et abandons,
- le niveau des informations fournies, nombre de séances de médecin et de maladies.

L'effet des modalités sur la qualité de l'enquête sera analysé seul, puis en éliminant un éventuel effet parasite de certaines variables économiques et socio-démographiques ayant elles mêmes une influence sur les données d'enquête. On sait par exemple que le taux de participation est lié à l'âge, à la taille du ménage ou à la région, et de même, que le nombre de maladies ou le niveau de la consommation médicale est lié à l'âge, à la taille du ménage ou à la catégorie socio-professionnelle. Plusieurs variables associées aux enquêtés ont un effet sur la qualité de l'enquête, taux d'abandon et taux d'oublis et seront intégrés dans les modèles à tester.

**Graphique 1**  
**Niveau de participation selon la modalité d'enquête**



L'unité statistique est le ménage.

Le taux de refus est plus important pour l'enquête par téléphone.

De même, les retours des questionnaires auto-administrés, questionnaire santé et carnet de soins (et autres questionnaires) sont mieux assurés lorsque l'enquêteur se déplace.

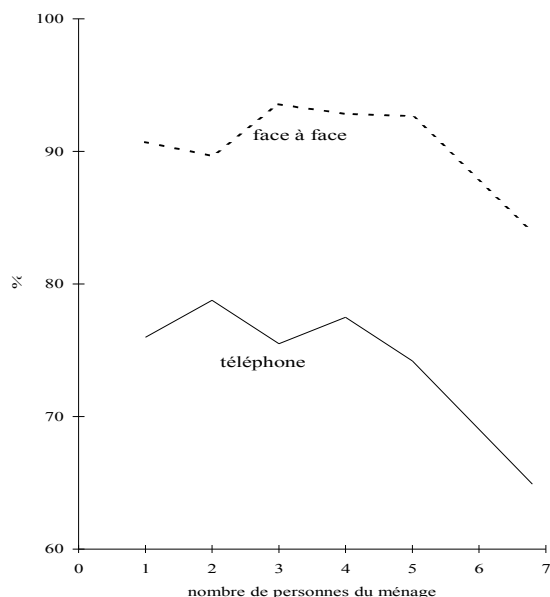
Au total, l'enquête est complète dans 60,6 % des cas en face à face et dans 45,7 % des cas par téléphone et enquêteur.

Noter que le CREDES est un centre de recherche sous forme d'association non lucrative mais de statut privé, et que l'enquête n'est pas obligatoire.

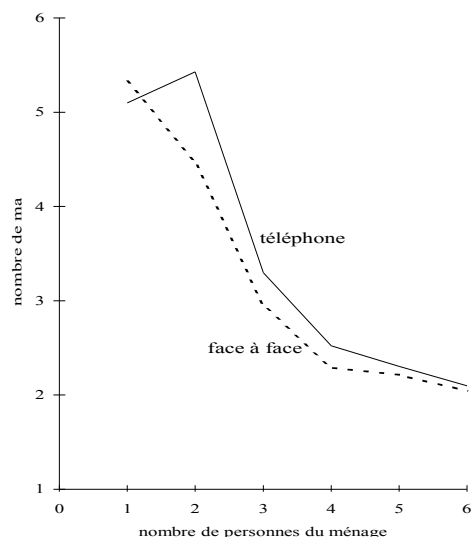
Source : Enquête du CREDES sur la santé et la protection sociale, 1994-1995-1996

A ce stade, on ne peut pas aller plus loin car on n'a aucune information sur les ménages ayant refusé de participer à l'enquête, et en particulier on ignore s'ils ont ou non le téléphone : la suite de l'exposé portera sur les ménages ayant participé au premier entretien. Parmi les ménages ayant accepté de participer à l'enquête et ayant fourni les informations relatives à la première partie du questionnaire principal, 80,1 % ont été jusqu'au bout de l'enquête, respectivement 76,5 % pour l'enquête par téléphone, 91,4 % pour les personnes ayant le téléphone mais enquêtées en face à face, 77,8 % pour les personnes sans téléphone.

**Graphique 2**  
**Proportion de ménages avec dossier complet**  
**selon la taille du ménage**



**Graphique 3**  
**Nombre de maladies par personne**  
**selon la taille du ménage et la modalité d'enquête**



Source : Enquête du CREDES sur la santé et la protection sociale, 1994-1995-1996

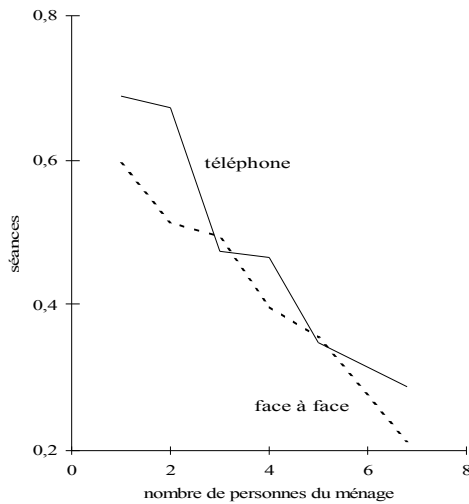
Ainsi, la participation à l'enquête est relativement stable pour les ménages de moins de 5 personnes décroît pour 5 personnes et plus encore pour les ménages très nombreux (6 personnes ou plus) ; cette moindre participation à l'enquête des ménages les plus nombreux a lieu pour les deux modalités de l'enquête, face à face et téléphone - courrier, mais inversement pour toutes les tailles de ménage, le taux de participation est très nettement supérieur dans la première modalité (Cf. graphique 2).

L'effet de la modalité d'enquête est en sens inverse pour le nombre de déclarations de maladies. Le nombre de maladies par personne diminue lorsque la taille du ménage augmente. On sait que les ménages nombreux comprennent une plus grande proportion d'enfants et que l'âge moyen diminue lorsque la taille du ménage augmente, il est donc normal que le nombre de maladies par personne diminue lorsque la taille du ménage augmente ; il reste cependant une décroissance du nombre de maladies même lorsqu'on a éliminé cet effet parasite de la structure d'âge, or on a des raisons de penser que leur morbidité n'est pas moindre (ils appartiennent plutôt à des groupes défavorisés) et donc on peut en déduire que la qualité des données qu'ils fournissent aux enquêteurs est moins bonne que pour les ménages moins nombreux. Pour les deux modalités de l'enquête, les ménages les plus nombreux déclarent moins de maladies. En sens inverse, pour toutes les tailles de ménages (sauf pour les ménages de une personne) les personnes enquêtées en face à face déclarent en moyenne moins de maladies par personnes (Cf. graphique 3). Elles déclarent également moins de séances de médecin.

La confrontation des graphiques 2 et 3 conduit à des conclusions de même nature en ce qui concerne la taille du ménage, l'enquête auprès des ménages nombreux est de moins bonne qualité aussi bien en ce qui concerne la participation que le nombre de maladies par personne. On aboutit par contre des résultats contradictoires pour la modalité d'enquête : la participation est meilleure en face à face mais le nombre de déclarations de maladies ou de séances de médecin moindre.

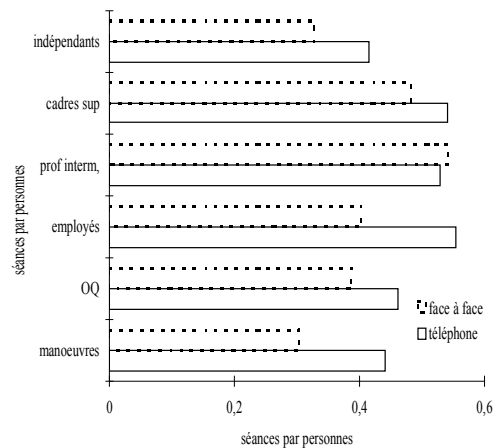
**Graphique 4**

**Nombre de séances de médecin par personne selon la taille du ménage et la modalité d'enquête**



**Graphique 5**

**Nombre de séances de médecin par personne selon la PCS du chef de ménage et la modalité d'enquête**



Source : Enquête du CREDES sur la santé et la protection sociale, 1994-1995-1996

Plusieurs autres variables démographiques, économiques ou sociales ont un effet non négligeable sur la participation aux enquêtes, l'état de santé ou sur le niveau de la consommation médicale. Il en est ainsi de la protection maladie complémentaire à la protection obligatoire de la Sécurité sociale, du niveau d'instruction, de l'activité, de la PCS (profession et catégorie sociale) ou de la région.

Ainsi par exemple, le nombre de séances de médecin est de 23 % supérieur pour les cadres supérieurs que pour les manoeuvres par la modalité téléphone et courrier et de 59 % en face à face. Toutes modalités confondues, cette plus forte consommation est de 36 %. En sens inverse, pour toutes les modalités de la PCS, à la seule exception des professions intermédiaires, le nombre de séances de médecin est supérieur dans la modalité téléphone et courrier qu'en face à face.

3 variables dichotomiques, la participation complète pour les ménages ayant accepté de commencer l'enquête, l'existence d'une maladie au moins pour les personnes ayant renvoyé le questionnaire santé, l'existence d'une séance de médecin au moins pour les personnes appartenant à des ménages ayant renvoyé le carnet de soins. Pour cela le modèle logit a été utilisé (logiciel SAS).

En dépit de la taille relativement importante de l'échantillon, on ne peut entrer toutes les variables dans le modèle, le nombre d'observation dans certaines cases de l'hypercube serait trop faible. C'est pourquoi les effets recherchés ont été testés en deux temps :

en premier lieu, différents modèles ont été testés intégrant une seule ou deux variables en dehors de la modalité d'enquête (Cf. annexe) ;

- pour la **participation complète versus abandon**, on dispose de peu de variables du fait même de l'abandon ; la taille du ménage n'a d'effet qu'à partir de 6 personnes ou plus, les ménages ont été regroupés en 2 classes, la frontière passant entre 5 et 6 personnes. Deux modèles sont présentés,
  - ⇒ avec la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage (population de référence = professions intermédiaires) et la taille de ménage en 2 classes (population de référence = ménages de moins de 5 personnes) ; les écarts de toutes les modalités avec celles de référence sont largement significatives, on remarque cependant que les rapports des risques des agricoles, des indépendants et des manoeuvres se situent entre 1,8 et 2,1 et ces catégories peuvent être regroupés ; de même, les rapports des risques des cadres supérieurs, des employés et des ouvriers qualifiés sont proches, se situant entre 1,3 et 1,6,

⇒ avec la région (population de référence = région parisienne) et la taille de ménage en 2 classes, ici aussi, les rapports des risques de certaines régions sont proches, on peut envisager des regroupements,

dans les 2 cas, le rapport des risques de la modalité **face à face versus téléphone** et courrier est supérieur à 2,7 et très largement significatif,

- pour, **l'existence d'une maladie au moins versus pas de maladie** étant donné le lien majeur entre l'état de santé et l'âge, il est indispensable de toujours tenir compte de cette variable, 3 modèles sont présentés,

⇒ âge, couverture maladie et catégorie socio-professionnelle du chef de ménage : les modalités des 2 premières variables (âge et couverture maladie) sont significativement différentes de la référence alors que la CSP ne l'est pas, on peut pour le moins envisager des regroupements

⇒ âge et région : l'effet de l'âge est largement significatif, pour les régions, les rapports des risques sont proches de 1 (compris entre 0,8 et 1,1) et pour la plupart non significatifs,

⇒ âge, couverture maladie et taille de ménage détaillée : les modalités des 2 premières variables (âge et couverture maladie) sont significativement différentes de la référence, les rapports des risques augmentent avec la taille du ménage, de 0,8 pour les ménages de 2 personnes à 2 pour ceux de 5 personnes et 2,5 pour ceux de 6 personnes et plus,

dans les 3 cas, le rapport des risques de la modalité **face à face versus téléphone** et courrier est égal à 0,74 et très largement significatif,

- pour **l'existence d'une séance de médecin au moins versus non consommateur de soins de médecin**, 4 modèles sont présentés,

⇒ âge, couverture maladie, et catégorie socio-professionnelle du chef de ménage : les effets de la couverture complémentaire maladie et de la taille de ménage regroupée sont très largement significatifs, comme pour l'existence d'une maladie, on peut envisager des regroupements pour les CSP et également pour les âges,

⇒ âge, catégorie socio-professionnelle du chef de ménage et taille de ménage regroupée : on a un fort effet de la taille de ménage, pour la PCS et l'âge, on a les mêmes effets que précédemment,

⇒ âge et région : on a le même effet de l'âge que précédemment, pour la région seules les zéat 2 & 3 se distinguent de la référence,

⇒ âge, couverture maladie et taille de ménage détaillée : on a encore un fort effet de la couverture complémentaire, le même effet de l'âge que précédemment, un effet significatif de la taille de ménage à partir de 4 personnes,

dans les 4 cas, le rapport des risques de la modalité **face à face versus téléphone** (et courrier) est de l'ordre de 0,9 et néanmoins très largement significatif,

En deuxième lieu, en fonction des résultats obtenus précédemment , pour chaque variable, les modalités donnant des rapports de risques proches ont été regroupées :

- la taille de ménage est regroupée en 2 classes, {1 à 5 personnes} et {6 personnes et plus},
- la PCS est ventilée en 3 classes, {agriculteurs, petits indépendants, manoeuvres}, {employés, ouvriers qualifiés, cadres supérieurs }, {professions intermédiaires},
- la région est regroupée en 2 zones, {Ile de France, Provence - Alpes - Côte d'Azur }, {le reste de la France},
- la protection maladie est naturellement ventilé en 2 classes, avec ou sans couverture complémentaire, et l'âge reste ventilé en 5 classes Cf. tableau 3).

**Tableau 3**  
**Rapports des risques dans le modèle synthétique**

	participation complète (ménages)		une maladie au moins (personnes)		une séance de médecin au moins (personnes)	
téléphone	2,81	***	0,76	***	0,89	***
ménages > 5personnes	1,9	***	1,43	***	1,63	***
agri., p. indep., man.	1,1		0,99		0,83	**
emp., ouv. qual., cad. sup.	0,78	**	0,95		0,78	***
professions intermédiaires	0,54	***	0,93		0,71	***
ZEAT regroupées	1,31	***				
CC			1,24	**	1,74	***
enfants			4,62	**	1,03	
jeunes adultes			0,67		1,47	*
adultes			0,09	***	1,1	
pa			0,02	***	0,52	***

Source : Enquête du CREDES sur la santé et la protection sociale, 1994-1995-1996

L'effet de toutes les variables sur la participation complète à l'enquête ainsi que sur la consommation d'une séance au moins de médecin est très largement significatif ; il en est de même, à l'exception de la PCS, pour l'existence d'une maladie au moins. L'élément important, ici, est que le rapport des risques dépasse 2,8 pour la participation, qu'il est inférieur à 0,8 pour la maladie et à 0,9 pour les soins de médecin (soit inversement 1,32 et 1,12)..

Ces résultats ne sont pas fondamentalement différents de ceux que l'on obtient à partir d'un modèle brut ne faisant appel à aucune variable de confusion (Cf. tableau 4) : les rapports des risques sont légèrement augmentés, respectivement de 2,61 à 2,81 pour le taux d'abandon, de 0,71 à 0,76 pour le taux de personnes déclarant une maladie au moins, de 0,82 à 0,89 pour le taux de consommateurs d'une séance de médecin au moins, mais ils demeurent dans les 3 cas largement significatifs.

**Tableau 4**  
**Entretien téléphonique versus face à face**

	effectifs	%		Risque relatif (OR)	
		téléphone	face à face	téléphone / face à face	face à face / téléphone
<b>Ménages</b>					
Taux de refus	15 081	33,48	28,80	1,24	0,80
Taux d'abandon	10 202	31,28	14,83	2,61	0,38
<b>Personnes</b>					
Taux d'abandon	29 965	32,39	14,88	2,74	0,36
% non consommateurs de soins de médecin	21 787	27,72	23,96	0,82	1,22
% sans maladie	23 363	10,56	14,22	0,71	1,40

Source : Enquête du CREDES sur la santé et la protection sociale, 1994-1995-1996

L'enquête par téléphone conduit ainsi à une moins bonne participation (l'enquête est de moins bonne qualité) mais fournit aussi pour chaque enquêté un plus grand nombre d'items (l'enquête est, en principe, de meilleure qualité puisque les personnes ne déclarant aucune maladie ni aucune consommation sont moins nombreux les oublis et négligences moins fréquents). Ces résultats apparaissent contradictoires, et peuvent donner lieu à deux interprétations opposées :

- l'interprétation optimiste (en faveur du face à face) : le surplus de personnes ne déclarant pas de maladie ou de consommation n'ont vraiment rien à déclarer, dans l'enquête par téléphone, ayant des



questionnaires et/ou carnets vides, ils ne jugent pas utile de les renvoyer et ils manquent dans la statistique, si par contre l'enquêteur passe, il relève néanmoins ces documents vides,

- l'interprétation pessimiste (en faveur du téléphone) : le surplus de personnes ne déclarant pas de maladie ou de consommation n'ont participé à l'enquête que sur l'insistance de l'enquêteur en face à face, leur participation à l'enquête est de mauvaise grâce, c'est un semblant de participation ; leur participation plus fréquente est compensée par un taux d'oublis et de négligences plus élevé.

D'ordinaire, les personnes refusant ou abandonnant l'enquête sont plus malades.

## **Conclusion**

Au total, les organisateurs d'enquêtes ont à arbitrer entre 2 sources de biais, résultant d'une plus grande non participation ou de négligences plus fréquentes.

L'effet sur la non participation complète est bien plus important que sur la négligence ; cet effet se répercute doublement sur l'analyse qu'on peut faire des données d'enquête, non représentativité et sous estimation du niveau des variables (les non participants sont en moyenne plus malades et plus consommateurs de soins médicaux).

Il est difficile d'évaluer l'impact de la non représentativité de l'échantillon définitif, puisqu'il dépend de la nature des recherches à effectuer ; en ce qui concerne la sous estimation, on peut en calculer une borne supérieure : si on admet que la consommation des non participants est de 25 % supérieure à celle des participants, l'excès de sous estimation due aux refus et abandons est de l'ordre de 4 %, niveau du même ordre de grandeur, mais en sens inverse, que le surplus d'oublis et négligences.

**Annexe : présentation des rapports des risques dans quelques modèles testés**

	participation complète				une maladie au moins						une séance de médecin au moins							
téléphone	2,78	***	2,71	***	0,75	***	0,75	***	0,74	***	0,88	***	0,86	***	0,84	***	0,89	***
ménages > 5personnes	1,94	***	2,02	***									1,77	***				
agricoles	2,07	***			1,14						1,19	*	1,23	**				
indépendants	1,82	***			1,06						1,4	***	1,47	***				
cadres supérieurs	1,31	***			1						1,05		1,04					
employés	1,54	***			1,02						0,99		1,02					
ouvriers qualifiés	1,48	***			1,07						1,23	***	1,24	***				
manoeuvres	1,91	***			1,08						1,19	**	1,22	**				
ZEAT2			0,83	**					0,85	*					0,9	*		
ZEAT3			0,93						0,85						0,82	**		
ZEAT4			0,75	**					0,81	*					0,95			
ZEAT5			0,81	**					0,79	**					0,98			
ZEAT6			0,85						0,84						1,03			
ZEAT7			0,81	*					0,91						1,03			
ZEAT8			1,1						1,1						0,97			
CC					1,32	***	1,27	**			1,81	***					1,78	***
2 personnes							0,84										0,99	
3 personnes							1,76	**									1,11	
4 personnes							1,87	**									1,28	***
5 personnes							1,96	**									1,62	***
6 personnes							2,53	***									2,02	***
enfants					4,68	**	4,09	***	4,45	**	1,05		0,95		1		0,9	
jeunes adultes					0,66	***	0,65	***	0,64		1,47	*	1,4	*	1,44	*	1,4	*
adultes					0,09	***	0,1	***	0,09	***	1,1		1,04		1,05		1,1	
personnes âgées					0,02	***	0,03	***	0,02	***	0,52	***	1,51	***	0,51	***	0,6	**

\* = { 1 / 100 < p < 5 / 100 } ; \*\* = { 1 / 100 < p < 1 / 1000 } ; \*\*\* = p < 1 / 1000 ;

Source : Enquête du CREDES sur la santé et la protection sociale, 1994-1995-1996