



Conseil national
de l'information statistique

CONSEIL NATIONAL DE L'INFORMATION STATISTIQUE

Commission « Services publics et services aux publics » Réunion du 4 octobre 2017

Projets d'enquêtes pour avis d'opportunité

Enquête sur les bénéficiaires de minima sociaux (BMS).....	2
Enquête santé européenne, EHIS 2019.....	8
Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (Panel 4)...	16

Enquête sur les bénéficiaires de minima sociaux (BMS)

1. Intitulé de l'enquête

Enquête sur les bénéficiaires de minima sociaux (BMS).

2. Service producteur

La DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).

3. Service réalisant la collecte

Le prestataire sera une société privée choisie après un appel d'offre.

4. Historique de l'enquête

Cette enquête sera la quatrième réalisée auprès des bénéficiaires de minima sociaux par la DREES.

Au dernier trimestre 2012, en partenariat avec Pôle emploi, la CNAF, la CNAV, le COR et la DARES, la DREES a mené une enquête en face-à-face auprès de 8 400 personnes qui étaient bénéficiaires de minima sociaux (revenu de solidarité active (RSA), allocation de solidarité spécifique (ASS), allocation aux adultes handicapés (AAH) et minimum vieillesse) au 31 décembre 2011. Deux enquêtes similaires avaient été réalisées par la DREES au premier trimestre 2003 et au deuxième trimestre 2006.

5. Bilan d'exécution de l'enquête et des résultats produits

L'enquête de 2012 s'est, de manière générale, bien déroulée.

Tout d'abord, sur le terrain, le taux de réponse a été correct (52 %), étant donné qu'il s'agit d'un public en difficulté. Les entretiens se sont bien passés et les enquêteurs ont reçu un bon accueil.

Le questionnaire a posé peu de difficultés et a été bien intégré par les personnes enquêtées, la phase pilote ayant également permis son optimisation.

La durée moyenne du questionnement a atteint 65 minutes tous allocataires confondus.

Résultats produits

La première enquête menée en 2003 a contribué à améliorer la connaissance des conditions de vie et du parcours des bénéficiaires des quatre principaux minima sociaux de l'époque (RMI, API, ASS et AAH) s'adressant aux personnes d'âge actif.

L'enquête 2006 a ensuite permis d'actualiser ces premiers résultats auprès des bénéficiaires de trois de ces prestations (les bénéficiaires de l'AAH ayant été exclus de l'échantillon), d'approfondir certains sujets, mais aussi d'appréhender de nouvelles problématiques.

Enfin, l'enquête de 2012 a fourni des informations sur les bénéficiaires du RSA, de l'ASS, de l'AAH et du minimum vieillesse. Leurs conditions de vie, leur santé, leur logement, leur emploi ont pu être décrits et analysés dans diverses publications. D'autres études plus approfondies ont également été réalisées sur leur niveau de vie, leurs dépenses pré-engagées et leur reste à vivre. Ces résultats ont fait l'objet de plusieurs études et publications dont la liste est fournie en annexe.

6. Objectifs généraux de l'enquête et principaux thèmes abordés

L'enquête de 2018 vise à prolonger celles menées par la DREES auprès des bénéficiaires de minima sociaux lors des trois précédentes éditions, afin d'actualiser les enseignements tirés. Elle met aussi l'accent sur la question des revenus, des dépenses et du « reste à vivre » des bénéficiaires de minima sociaux.

Alors que le débat public a surtout porté depuis la fin des années 1990 sur l'incitation au retour à l'emploi des bénéficiaires de minima sociaux d'âge actif, les questions sur le niveau de vie des bénéficiaires de minima sociaux reviennent sur le devant de la scène ces dernières années à la faveur notamment des débats sur l'évolution du pouvoir d'achat. Le poids grandissant des dépenses pré-engagées dans les revenus des plus modestes pose en effet la question de leur difficulté à « boucler leurs fins de mois ». Il s'agit donc de comprendre dans quelle mesure les bénéficiaires de minima sociaux ont des revenus leur permettant de vivre décemment. L'enquête prévue en 2018 vise à appréhender cette thématique tant dans ses aspects quantitatifs (mesure approchée d'un reste-à-vivre) que qualitatifs (conséquences en termes d'adaptation des modes de consommation, de privations, de recherche de ressources alternatives).

Deux nouveautés majeures sont introduites pour cette édition de 2018 :

1 Les bénéficiaires de la prime d'activité, mise en place au 1^{er} janvier 2016, vont être interrogés ce qui permettra d'obtenir des informations inédites sur ces personnes.

2 Les départements d'Outre-mer (La Réunion et la Martinique) vont être intégrés à l'enquête ce qui permettra d'obtenir des informations exploitables au niveau de la France, et non plus de la Métropole uniquement.

Enfin, la réédition de cette enquête auprès de bénéficiaires de minima sociaux est aussi l'occasion de compléter et d'approfondir les thèmes abordés dans les enquêtes précédentes sur leurs conditions de vie.

Les principaux thèmes abordés dans le questionnaire de 2018 seront les suivants :

- Situation familiale et professionnelle,
- Revenu et niveau de vie,
- Dépenses contraintes (logement, transport, énergie, téléphone...),
- Habitudes d'achat des produits courants,
- Privations matérielles, conditions de logement,
- Situation financière.

Ainsi, les thématiques « historiques » du questionnaire seront maintenues. Certains passages sur l'emploi, les dépenses ou les ressources seront allégés, notamment grâce aux appariements avec les données socio-fiscales (voir 14) et avec le panel tous salariés de l'Insee¹. Certains modules seront développés : l'insertion sur le marché du travail, les relations aux organisations, l'image des différentes prestations ou les conditions de logement et plusieurs petits modules seront introduits : sur l'aide sociale départementale, le déclassement, la perte d'autonomie ou la connaissance des minima par exemple.

7. Origine de la demande (règlement communautaire, demande ministérielle, débat public...) et utilisateurs potentiels des résultats (ces derniers peuvent constituer un groupe plus large que celui des demandeurs).

L'enquête répond à une demande ministérielle et du secteur associatif de disposer d'éléments d'information permettant d'évaluer l'ensemble des minima sociaux et portant plus précisément sur les conditions de vie des bénéficiaires des minima sociaux. Elle vise à éclairer le débat public sur les minima sociaux, leur montant et leurs effets. En particulier, il y a une demande ministérielle d'une meilleure connaissance des bénéficiaires de la prime d'activité.

¹ Plus exactement, des données de ce panel sont incluses dans le panel ENIACRAMS (voir 8), qui est une base d'échantillonnage de l'enquête BMS.

Outre la DREES, les utilisateurs potentiels des résultats de l'enquête sont les administrations gestionnaires des fichiers de bénéficiaires de minima sociaux ou encore les administrations concernées par les questions traitées, qui font partie du comité de pilotage (CNAF, CCMSA, conseil d'orientation des retraites (COR), CNAV, DARES, ONPES, Pôle emploi, Caisse des dépôts et consignations, INSEE...). Les utilisateurs potentiels sont aussi les équipes de chercheurs, travaillant par exemple sur la pauvreté.

8. Place dans le dispositif statistique déjà existant sur le même sujet ; apport à la connaissance du domaine par rapport à d'autres sources déjà disponibles (enquêtes ou fichiers administratifs)

L'enquête s'inscrit dans le cadre du dispositif d'observation statistique des situations des populations en difficulté. Elle complète les recueils d'information basés sur des sources administratives qui permettent une approche régulière mais incomplète des effectifs et des caractéristiques de ces populations, comme dans le cas de l'échantillon national interrégimes d'allocataires de compléments de revenus d'activité et de minima sociaux² (ENIACRAMS) géré par la DREES ou l'enquête annuelle de la DREES auprès des caisses de retraite. Pour le RSA, l'ASS, l'AAH et la prime d'activité, l'échantillon de l'enquête est tiré dans les données de l'ENIACRAMS, et l'enquête est donc par construction appariée avec cette source.

Pour les questions centrées sur les conditions de vie et les revenus, l'enquête est à rapprocher des enquêtes menées par l'INSEE sur les revenus fiscaux et sociaux (utilisées pour l'approche monétaire de la pauvreté), du dispositif Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV), de l'enquête Logement et de l'enquête Budget de famille, mais elle concerne un public en plus grande difficulté : les bénéficiaires de minima sociaux. Le questionnaire de l'enquête est, sur les modules correspondants, identique à celui de ces enquêtes de l'Insee. Il sera alors possible de comparer certains résultats obtenus dans l'enquête avec ceux résultant des enquêtes en population générale.

Enfin, l'enquête 2018 voit son champ étendu aux bénéficiaires de la prime d'activité. Ce sera la 1^{ère} enquête à fournir pour un échantillon important d'allocataires de la prime d'activité des informations sur leurs conditions de vie, de logement, leurs dépenses, etc. De même, l'élargissement du champ de l'enquête aux départements d'Outre-mer va être une source d'informations précieuses sur les bénéficiaires de minima sociaux en France, alors que les éditions précédentes se limitaient à la Métropole.

9. Insertion dans un système d'information

Il s'agit d'une enquête ponctuelle en une seule vague, qui vient compléter l'ENIACRAMS, dans lequel elle est échantillonnée, et permet d'apporter un éclairage supplémentaire aux trajectoires observées dans l'ENIACRAMS.

10. Unité(s) statistique(s)

Les personnes enquêtées seront les allocataires à la fin de l'année 2017 d'un des minima sociaux suivant : revenu de solidarité active (RSA), prime d'activité, ASS, AAH et allocations constitutives du minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et allocation supplémentaire du minimum vieillesse (ASV)). Elles seront sélectionnées aléatoirement dans les bases de gestion administratives des minima sociaux concernés à partir de l'échantillon national interrégimes d'allocataires de compléments de revenus d'activité et de minima sociaux (ENIACRAMS) pour les allocataires de minima sociaux d'âge actif et à partir des fichiers des caisses verseuses (CNAV, MSA, SASPA) pour les allocataires du minimum vieillesse.

Nombre d'unités enquêtées : au total, il est prévu d'interroger entre 8 000 et 10 000 allocataires de minima sociaux en France métropolitaine et entre 600 et 1 000 allocataires à La Réunion et en Martinique, répartis de la façon suivante :

- entre 2 200 et 3 000 allocataires du RSA,
- entre 2 100 et 3 000 allocataires de la prime d'activité,

² L'ENIACRAMS rassemble des données de gestion des organismes sociaux (CNAF, MSA et Pôle emploi) ainsi que du Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) et du panel tous salariés de l'INSEE ; c'est un panel annuel (les situations sont repérées au 31 décembre de chaque année) qui permet de suivre les trajectoires dans les minima sociaux, l'emploi salarié et le chômage des personnes appartenant à l'échantillon.

- entre 1 400 et 1 800 allocataires de l'ASS,
- entre 1 450 et 1 800 allocataires de l'AAH,
- entre 1 450 et 1 900 allocataires du minimum vieillesse (ASPA ou ASV).

11. Champ de l'enquête

L'enquête s'adresse aux allocataires du RSA, de la prime d'activité, de l'ASS, de l'AAH et du minimum vieillesse au 31 décembre 2017 résidant en France métropolitaine, à La Réunion et en Martinique.

12. Champ géographique de l'enquête

La collecte couvrira la France métropolitaine, La Réunion et la Martinique.

13. Bases de sondage, échantillonnage (taille de l'échantillon)

Excepté pour les bénéficiaires du minimum vieillesse, la base de sondage sera la vague 2017 de l'ENIACRAMS : les personnes enquêtées seront sélectionnées parmi celles percevant le RSA, la prime d'activité, l'ASS ou l'AAH au 31 décembre 2017, sachant qu'au moment de l'enquête sur le terrain, elles pourront avoir changé de situation.

Par rapport aux précédentes éditions, l'échantillon sera élargi aux départements d'Outre-mer et sera représentatif au niveau de la France entière. Pour les allocataires du minimum vieillesse, l'échantillon sera tiré dans les fichiers des principaux organismes verseurs (CNAV, service de l'ASPA de la caisse des dépôts et consignations et MSA).

La DREES et les organismes verseurs assureront le tirage de l'échantillon avec un plan de sondage à trois degrés : département, commune ou fraction de canton, bénéficiaires.

Premier degré : les départements seront répartis en plusieurs strates. La première strate sera la région parisienne (huit départements). La deuxième strate sera constituée de la Réunion et de la Martinique. La troisième strate sera constituée des départements de France métropolitaine qui comptent le nombre le plus important de bénéficiaires de minima sociaux (hors région parisienne). Les départements restant de France métropolitaine seront ensuite répartis en trois strates suivant leur taux d'urbanisation et éventuellement d'autres caractéristiques. Tous les départements des strates 1, 2 et 3 seront sélectionnés. Un tirage au sort aura lieu dans les trois dernières strates.

Deuxième degré : dans chacun des départements sélectionnés précédemment, les communes les plus importantes en termes d'effectif de bénéficiaires de minima sociaux seront sélectionnées et certaines fractions de cantons seront tirées aléatoirement.

Troisième degré : les bénéficiaires seront tirés aléatoirement dans chaque commune ou fraction de cantons (voire département en cas d'effectifs insuffisants).

Au final, la collecte aura lieu dans une bonne soixantaine de départements et sera, dans la mesure du possible, concentrée dans certaines communes ou fractions de cantons des départements sélectionnés.

14. Mode de collecte

L'enquête se déroulera en face à face avec un enquêteur qui utilisera le logiciel CAPI.

Les revenus mensuels seront collectés en face-à-face mais afin d'appréhender au mieux les ressources de l'année 2018 des personnes enquêtées, les résultats de l'enquête seront appariés avec des sources administratives et d'autres fichiers existants :

- pour les ressources fiscales : appariement avec le fichier « revenus fiscaux » de l'INSEE ;
- pour les allocations familiales, les aides au logement et les prestations sociales : appariement avec les fichiers de la CNAF, de la MSA et de Pôle emploi ;
- pour les prestations vieillesse non imposables : appariement avec les fichiers de la CNAV, de la MSA et de la caisse des dépôts et consignation.

Le résultat de ces appariements sera disponible en 2021.

15. Date et périodicité de la collecte

La collecte se déroulera sur une période de deux mois et demi au maximum entre octobre et décembre 2018.

16. Temps de réponse - Contraintes imposées à l'enquête

La passation du questionnaire durera en moyenne environ 1 heure.

Le questionnaire ne comporte pas de question très sensible. Un bloc sera consacré à l'état de santé des personnes ainsi qu'aux financements des soins mais le questionnaire ne demandera pas de détails sur le type de pathologie.

17. Instances de concertation (comitologie) : comité scientifique, de concertation, d'orientation, de pilotage, de suivi

Outre la DREES, le comité de pilotage est constitué de représentants de la DARES, de l'INSEE, de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), des organismes sociaux (CNAV, MSA, CNAF), de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), de Pôle emploi, de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), du conseil d'orientation des retraites (COR), du commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), de la Direction générale du trésor (DGT), de la direction générale de l'Outre-mer (DGOM) et du Secours Catholique.

18. Exploitation et diffusion des résultats

Type de diffusion envisagée selon la codification (1)	Période de diffusion envisagée	Niveau géographique (2) envisagé pour les résultats	Remarques
2	Avril 2019	France	Pour les partenaires financiers
3	Septembre 2019	France	« Études et résultats » de la DREES
3 et 4	Juillet 2020	France	Fiches dans le <i>Panorama</i> annuel de la DREES sur les minima sociaux
2, 3 et 4	2021	France	Enrichissement des études avec les appariements des revenus. À la disposition des chercheurs.
2	2021	France	Enrichissement des fichiers envoyés à nos partenaires avec les appariements des revenus (niveau d'agrégation élevé).

(1) Type de diffusion :

- 1 - Alimentation de processus aval : *comptes nationaux, Eurostat, bases multisources...*
- 2 - Données détaillées : *bases de données, fichiers détail tout public ou public spécifique (chercheurs, collectivités...)*
- 3 - Chiffres clés, principaux résultats : *"4 pages", indicateurs, indices...*
- 4 - Synthèses, analyses, publications de références, éventuellement multisources...
- 5 - Valorisation, communication : *site internet dédié, séminaire, conférence...*

(2) France entière ou métropole seule, régions, départements, quartiers, autre niveau local

19. Moyens humains et financiers mobilisés pour l'enquête

La conception, le suivi et l'exploitation de l'enquête mobiliseront 1 cadre A et un cadre B à trois-quarts temps jusqu'au premier semestre 2019, puis un cadre A à temps plein en 2020 et 2021.

Les coûts de collecte externes sont estimés à 1,9 million d'euros. Le montant financé par la Drees sera de 1,6 million d'euros.

Annexe : Publications réalisées à partir de l'enquête de 2012

Fiches dans l'ouvrage *Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution*, édition 2017, DREES, juillet 2017

- [Fiche 11 - La couverture santé des bénéficiaires de revenus minima](#)
- [Fiche 13 - Les conditions de logement des bénéficiaires de revenus minima garantis](#)
- [Fiche 14 - Les conditions de vie des bénéficiaires de revenus minima garantis](#)
- [Fiche 15 - Niveau de vie et revenu arbitrage des bénéficiaires de revenus minima garantis](#)

Les Dossiers de la Drees, n° 11, décembre 2016

- [Entre revenu disponible et dépenses pré-engagées : combien reste-t-il aux bénéficiaires de revenus minima garantis ?](#)

▶ *Études et résultats*, DREES, n° 921, juin 2015

- [Revenus minima garantis : la moitié des bénéficiaires vivent avec moins de 920 euros par mois en 2012](#)

▶ *Études et résultats*, DREES, n° 882, juin 2014

- [État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA](#)

▶ *Études et résultats*, DREES, n° 874, février 2014

- [Parents bénéficiaires de minima sociaux : comment concilier vie familiale et insertion professionnelle ?](#)

▶ *Études et résultats*, DREES, n° 872, février 2014

- [Les conditions de logement des bénéficiaires de minima sociaux en 2012 : difficultés d'accès, surpeuplement et contraintes budgétaires](#)

▶ *Études et résultats*, DREES, n° 871, février 2014

- [Les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux en 2012 : privations et difficultés financières](#)

▶ *Études et résultats*, DREES, n° 863, janvier 2014

- [Les allocataires du Minimum vieillesse : parcours et conditions de vie](#)

▶ *Dares Analyses*, DARES, n° 036, mai 2015

- [La situation professionnelle des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés](#)

▶ *Dares Analyses*, DARES-DREES, n° 069, septembre 2014

- [Situation sur le marché du travail et accès à l'emploi des bénéficiaires du RSA et de l'ASS](#)

Enquête santé européenne, EHIS 2019

1. Intitulé de l'enquête

Enquête santé européenne, *European Health Interview Survey* (EHIS) 2019 (vague 3)

2. Service producteur

L'enquête EHIS 2019 est réalisée en co-maîtrise d'ouvrage par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère chargé de la santé et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).

3. Service réalisant la collecte

La collecte de l'enquête EHIS, volet métropole, est confiée à un institut de sondage privé choisi par appel d'offre public. L'Irdes supervise la collecte des données. L'appel d'offre a été publié fin septembre 2017. En 2014, pour la vague 2 de l'enquête EHIS, c'est la société Gfk qui avait réalisé le terrain. Un règlement de la Commission européenne rend la réalisation de cette enquête obligatoire pour les pays européens.

L'enquête EHIS, volet DROM, est confiée au réseau d'enquêteurs de l'Insee qui est alors maître d'œuvre de cette partie. L'enquête est réalisée à La Réunion, à Mayotte, en Guadeloupe, Guyane et Martinique. Il n'y a pas d'obligation européenne à réaliser cette enquête dans les DROM.

4. Historique de l'enquête

La première vague de l'enquête a été adossée à l'enquête Handicap santé en ménages (HSM) de la Drees et de l'Insee (2008). À l'époque, Eurostat réfléchissait à la mise en place d'un règlement qui contraindrait les pays membres à réaliser périodiquement une enquête comportant un socle commun de questions sur la santé. Ainsi, pour participer à cette réflexion et disposer de plusieurs points d'observation dans le temps, quand cela a été possible et en cohérence avec la trame globale du questionnaire, il a été décidé de privilégier les formulations « européennes » des questions dans HSM 2008.

La seconde vague de l'enquête a été adossée à l'Enquête santé et protection sociale de l'Irdes (EHIS-ESPS, 2014). Cette fois, la réalisation d'EHIS était rendue obligatoire en application du règlement-cadre n°1338/2008 du 16 décembre 2008 relatif aux statistiques communautaires de la santé publique et de la santé et de la sécurité au travail qui prévoyait dans son annexe 1 la réalisation obligatoire d'une enquête déclarative quinquennale sur la santé et ses déterminants (disponible via ce lien : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:354:0070:0081:FR:PDF>). Ainsi, les questions européennes ont été ajoutées, quand elles n'y figuraient pas, dans le questionnaire de l'Enquête santé et protection sociale qui gardait un questionnement propre sur des thématiques non couvertes par l'obligation européenne comme les conditions de travail, le médecin traitant et le parcours de soins des personnes atteintes de maladies chroniques ou la complémentaire santé. Deux dérogations avaient été obtenues par la France pour maintenir une formulation propre à la France sur le renoncement aux soins et sur l'alcool, ce qui ne permettait pas de renseigner les variables européennes correspondantes.

EHIS 2019 est donc la troisième vague de l'enquête santé européenne. Son règlement sera voté en janvier 2018 par la Commission européenne. Il comprend en annexe une liste de variables qui doivent être renseignées grâce à l'enquête. Cette troisième vague de l'enquête a été l'occasion pour la France d'en faire une enquête à part entière qui n'est donc plus adossée à une autre enquête et avec un protocole qui a vocation à être reconduit à l'identique tous les 6 ans conformément au nouveau cadre européen. L'enquête EHIS 2019 ne fait l'objet d'aucune demande de dérogation de la part de la France.

5. Bilan d'exécution de l'enquête et des résultats produits

En 2014, sur 22 519 fiches adresse mises sur le terrain pour la vague 2 de l'enquête EHIS, 15 478 ménages ont été joints et 9 856 ont participé à l'enquête. Le taux de coopération des ménages est de 64 % et le taux de réponse de 44 %. Au total, 21 101 auto-questionnaires, supports des questions de EHIS, ont été distribués à tous les individus de 15 ans ou plus résidant dans les 9 856 foyers qui ont accepté de participer à l'enquête. Finalement 15 729 auto-questionnaires ont pu être exploités. Le taux de coopération pour cet auto-questionnaire de l'enquête EHIS est donc de 75 %. L'enquête n'était pas obligatoire en 2014. L'obligation sera demandée pour l'édition 2019.

Les données de l'enquête EHIS-ESPS 2014 ont été mises à la disposition des chercheurs par l'intermédiaire du réseau Quetelet en janvier 2016. Plus de 30 projets de recherche ont sollicité les données sur des sujets tels que : les déterminants des accidents de la vie courante (université de Poitiers), la compréhension des différentes attitudes face au tabac (Université de Brandeis), les écarts selon le genre entre santé subjective et santé objective (Université Paris-Dauphine), la prévention du surpoids et de l'obésité dans les pays de l'OCDE (Université Paris 1), etc.

L'appariement avec les données médico-administratives de l'Assurance maladie est en cours de finalisation. Il permet d'obtenir, grâce aux remontées des informations des feuilles de soins de l'Assurance maladie et de l'usage de la carte vitale, des données sur les soins reçus (soins de ville, soins à l'hôpital, soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile), sur la consommation de médicaments ou de matériel médical. L'appariement avec les données concernant les dépenses en soins de ville, et à l'hôpital dans le domaine de la médecine chirurgie et obstétrique, est d'ores et déjà disponible à l'Irdes.

Les micro-données de l'ensemble des pays européens sont accessibles sur le site d'Eurostat : <http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/overview>

L'enquête va donner lieu à un rapport dont la sortie est prévue à l'automne 2017.

Une publication courte Drees-Irdes de premiers résultats sous la double forme d'un Études et Résultats et d'un Question d'économie de la santé est parue : [État de santé des Français et facteurs de risque, premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014](#), Pisarik et al., mars 2017.

Deux autres publications sur les mêmes supports Drees-Irdes sont prévues, l'une sur la couverture complémentaire santé pour l'automne 2017 et l'autre sur le renoncement aux soins pour 2018.

Des études sont en cours à la Drees et à l'Irdes sur les données de l'enquête EHIS-ESPS 2014.

Une première, réalisée par la Drees, en collaboration avec l'Irdes, compare la morbidité déclarée dans EHIS-ESPS 2014 et les « top pathologies » issues des données médico-administratives qui sont appariées à l'enquête. Les « top pathologies » de la Cnamts sont des algorithmes permettant d'inférer différentes pathologies à partir des consommations de soins récupérées dans les données médico-administratives (par le biais des affections longues durées ou de médicaments traceurs, par exemple). L'étude s'attache à comparer les maladies déclarées par les répondants et les « top pathologies » existant pour la même personne. Les divergences peuvent être analysées selon plusieurs pistes : biais de déclaration, méconnaissance de la maladie, absence de prise de traitement malgré la maladie ou à l'inverse traitement efficace qui incite à penser que la maladie n'existe plus, décalage entre la raison de la prise d'un traitement et la finalité première du traitement...

Une deuxième étude réalisée par l'Irdes, en collaboration avec la Dares, étudie les liens entre les conditions de travail et la consommation de soins. Elle mobilise les données de consommation de soins de l'assurance maladie.

Une troisième étude, en cours à l'Irdes, étudie la consommation d'alcool des jeunes adultes.

Une quatrième étude de la Drees pourrait aborder prochainement les limitations sensorielles (vue, audition) et fonctionnelles (difficulté à marcher 500 mètres, à monter des escaliers, à faire les courses, à se nourrir, à s'habiller, etc.).

6. Objectifs généraux de l'enquête et principaux thèmes abordés

L'enquête aborde trois thèmes principaux : l'état de santé de la population (santé perçue, maladie chronique, santé mentale), le recours aux soins (consultation de professionnels de santé, consommation de médicaments, dépistage, vaccination contre la grippe, renoncement aux soins) et les déterminants de

santé (activité physique, alimentation, consommation de tabac et d'alcool). À cela, s'ajoute un recueil de données socio-démographiques habituel.

Cette enquête a cinq objectifs principaux.

- 1) Suivre l'état de santé et les déterminants de santé de la population française.

Par la stabilité de son questionnement d'une vague à l'autre, l'enquête EHIS conduit à la production de séries longues permettant la mesure de l'évolution de l'état de santé et des déterminants de santé en France. À ce titre, l'enquête EHIS alimente de nombreux rapports. Elle fournit par exemple des chiffres sur le surpoids et l'obésité, la pratique régulière d'un sport, la consommation de fruits et de légumes, les limitations sensorielles et fonctionnelles, le renoncement aux soins pour le rapport bisannuel « État de santé de la population » piloté par la Drees et Santé publique France, dont la dernière édition a été publiée en mai 2017. Les données issues de cette enquête contribuent également aux travaux et à la réflexion de diverses instances publiques : par exemple les données 2014 ont déjà été sollicitées par l'Observatoire de l'optique, par le Haut conseil du financement de la protection sociale pour des travaux sur l'état de santé et la couverture complémentaire santé des indépendants, par l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale pour des travaux sur les liens entre pauvreté, conditions de logement et état de santé, par l'Institut national d'études démographiques pour des statistiques sur les limitations fonctionnelles, par la direction générale du Trésor pour des statistiques sur la couverture complémentaire santé. La Drees et l'Irdes ont régulièrement des demandes du HCAAM, de l'IGAS ou de la Cour des comptes auxquelles les données d'EHIS permettent de répondre. En France, les chiffres de cadrage concernant le recours aux soins sont plutôt appréhendés par les bases de données médico-administratives.

- 2) Situer la France en Europe au regard des grands indicateurs de santé.

Les données d'EHIS sont fournies à Eurostat dans un délai de 9 mois après la fin de la collecte. Elles conduisent à la production d'indicateurs standardisés qui permettent de mesurer les écarts entre pays européens. À ce titre, les questions de l'enquête sur le recours aux soins sont intéressantes, car si le recours peut être mesuré de manière plus fiable en France par des données médico-administratives, ce n'est pas le cas dans tous les pays. Ces questions permettent alors des comparaisons européennes de recours, à méthodes de construction des indicateurs les plus proches possible.

L'ensemble des indicateurs européens construits à partir de l'enquête EHIS sont consultables sur <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Les données de l'enquête EHIS alimentent la base ECHI (European Core Health Indicators, disponible sur http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en) les indicateurs de l'union européenne relatifs aux objectifs de développement durable (ODD), les indicateurs de la qualité de vie et les indicateurs de l'union européenne dans le domaine de la jeunesse.

- 3) Recueillir de l'information sur l'état de santé, le recours aux soins et les déterminants de santé dans les DROM.

L'obligation européenne ne concerne que le recueil de données sur la métropole. Le ministère chargé de la santé a décidé d'étendre l'enquête aux DROM avec pour objectif d'être représentatif au niveau de chaque département. L'enquête EHIS permettra donc d'obtenir de l'information sur l'état de santé des populations de ces territoires. Des comparaisons avec les résultats en métropole et dans les autres pays européens pourront être menées. Des adaptations du questionnaire sont prévues pour capter les problèmes de santé spécifiques aux DROM (liste de maladies adaptée et prenant notamment en compte les maladies liées aux moustiques, exemples de fruits, de légumes et d'alcools locaux, introduction éventuelle de questions sur l'usage de drogues, etc.). La qualité des bases médico-administratives dans les DROM (notamment en Guyane et à Mayotte) doit encore être expertisée. Ainsi, recueillir des informations sur le recours aux soins dans ces territoires est particulièrement intéressant.

- 4) Éclairer des thématiques liées au système d'assurance santé en France.

Un module de questions portant sur la complémentaire santé va être ajouté dans EHIS. Il sera administré dans le module socio-démographique, auprès d'un adulte du foyer et pour tous les membres du foyer. Ce module sera la seule source permettant de mesurer le taux de couverture par une complémentaire santé pour l'ensemble de la population française. Cela permettra également de mesurer la répartition de la couverture complémentaire entre contrats individuels et contrats collectifs, ce qui est très important dans le contexte législatif changeant qui encadre la complémentaire santé en France (généralisation de la complémentaire collective au 1^{er} janvier 2016, etc.). Il recueillera aussi le coût du contrat de complémentaire santé et l'appréciation des assurés sur le niveau des remboursements proposés par types de soins. Toutes ces informations rendront également possible l'actualisation du modèle de micro-simulation de la Drees permettant le calcul des restes à charge après Assurance maladie obligatoire et complémentaire (OMAR).

Une question sur le renoncement aux prothèses auditives sera également ajoutée. Le déficit auditif concerne près de 10 % de la population française dont la moitié est appareillable (Kervasdoué, J. et Hartman, L., 2016). Le prix moyen d'un appareillage pour les deux oreilles est d'environ 3 000 euros (Autorité de la concurrence, 2016). Mesurer le renoncement aux prothèses auditives est ainsi important pour éclairer les politiques publiques.

- 5) Investiguer des champs de recherche exploitant l'appariement entre EHIS et les données médico-administratives (Système national des données de santé - SNDS)

Les données de l'enquête seront appariées aux données médico-administratives de l'Assurance maladie. Les parcours de soins, dont le détail et la chronologie sont donc présents dans les données de l'Assurance maladie, peuvent ainsi être étudiés sous l'angle des inégalités sociales de santé grâce aux données sociales apportées par l'enquête. Des thématiques peuvent être approfondies. Par exemple, l'enquête EHIS 2019 comportera deux modules donnant de l'information sur la santé mentale des enquêtés : un score de dépressivité et un score de santé mentale positive ajouté spécifiquement dans l'enquête française en 2019. L'appariement rendra possible l'étude du recours aux soins en santé mentale des personnes pour lesquelles les réponses à l'enquête montrent qu'elles ont une santé mentale dégradée. Le module sur les origines proposé par Eurostat sera complété en France pour permettre d'étudier les différences de parcours de soins selon les caractéristiques sociales et les origines qui peuvent par exemple jouer sur la connaissance du système de soins.

7. Origine de la demande³ (règlement communautaire, demande ministérielle, débat public...) et utilisateurs potentiels des résultats (ces derniers peuvent constituer un groupe plus large que celui des demandeurs).

L'enquête EHIS, volet métropole, est régie par un règlement européen qui fixe les variables à fournir (quatre groupes de variables : sociodémographiques, sur l'état de santé, sur le recours aux soins, sur les déterminants de santé), la taille de l'échantillon requis (environ 11 300 répondants en l'absence d'effet de grappe, *id est* pour une enquête individus), la période d'enquête (2019), la durée de collecte (au moins trois mois dont un mois d'automne) et les grands principes de l'enquête. Ce règlement est accompagné d'un questionnaire recommandé ainsi que de différents manuels de consignes sur les variables, sur la méthodologie d'enquête, sur l'apurement des données et la transmission à Eurostat, qui ont un statut de recommandation et non d'obligation. En France, l'enquête EHIS 2019 a pour objectif principal de collecter les informations nécessaires pour répondre à ce règlement qui sera voté en janvier 2018 par la Commission européenne.

L'enquête EHIS, volet DROM, répond à une demande du ministère des Outre-mer et du ministère chargé de la santé de recueillir de l'information sur l'état de santé dans les DROM.

³ Le Cnis vous informe des conséquences des *nouvelles mesures de simplifications*. En particulier la mesure 37. Cette mesure prévoit de ne pas solliciter plus d'une fois dans l'année les entreprises de moins de dix salariés pour des enquêtes ne relevant pas d'un règlement européen, à l'exclusion de l'enquête sur la création d'entreprises. En cas de deuxième sollicitation au cours de la même année pour une enquête obligatoire de la statistique publique qui ne dépendrait pas d'un règlement européen, une entreprise de moins de dix salariés ne sera pas tenue de répondre. Des exceptions sont prévues, notamment pour les suivis de cohortes des entreprises récemment créées, pour lesquels les entreprises peuvent être interrogées plusieurs fois dans l'année.

8. Place dans le dispositif statistique déjà existant sur le même sujet ; apport à la connaissance du domaine par rapport à d'autres sources déjà disponibles (enquêtes ou fichiers administratifs).

Du fait de l'arrêt de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes en 2014, aucun dispositif existant ne permet de répondre à la demande d'enquête santé européenne d'Eurostat. La mise en place d'une enquête *ad hoc* devient donc nécessaire et répond à l'objectif 2) de l'enquête.

Par ailleurs, l'enquête EHIS devient, pour la France, la seule enquête généraliste sur la santé, représentative de la population ordinaire et qui permet d'observer l'état de santé, le recours aux soins, les déterminants de santé et la couverture complémentaire santé, à intervalles réguliers et selon un protocole stable. Elle est la seule enquête permettant d'atteindre l'objectif 1 assigné à l'enquête. Les autres enquêtes sur la santé sont souvent thématiques ou font des focus sur des sous-populations et ne sont pas répétées à intervalles réguliers. L'autre grand dispositif d'enquête santé que forment les Baromètres santé de Santé publique France (Agence nationale de santé publique qui a repris les missions de l'Inpes, de l'Invs et d'Eprus) sont eux aussi devenus thématiques et disposent d'échantillons de tailles variables. Par exemple, le Baromètre de 2014 a porté sur les jeux et les addictions avec un échantillon de 15 000 répondants ; celui de 2015 portait sur le cancer avec un échantillon de 4 000 répondants, le dernier en date, celui de 2017, porte sur la santé mentale et les addictions avec un échantillon visé de 25 000 répondants). Par ailleurs, les Baromètres reposent sur une méthodologie de génération aléatoire de numéros de téléphone qui ne permet pas d'assurer une représentativité aussi bonne que les enquêtes sur échantillon.

Enfin, l'enquête SRCV (dispositif SILC au niveau européen) comporte désormais un module santé extrait de l'enquête EHIS (environ 30 questions sur la santé contre environ 150 dans EHIS), qui a été administré en 2017, puis le sera en 2019, et à partir de cette date tous les trois ans, en cohérence avec l'enquête EHIS qui sera, elle, réalisée tous les six ans, à partir de 2019. Ces deux dispositifs sont donc complémentaires au niveau européen et au niveau national. Tous les six ans, le même module santé sera administré dans les enquêtes SILC et EHIS, ce qui permettra de vérifier la cohérence des résultats de ces enquêtes et d'investiguer, si nécessaire, les raisons des écarts observés et de disposer tous les trois ans de données sur l'état de santé de la population.

Concernant le troisième objectif assigné à l'enquête, le dernier dispositif permettant d'observer la santé dans les DROM date de 2014. Il s'agit du Baromètre santé DOM 2014, qui a été réalisé à La Réunion, en Martinique, en Guadeloupe et en Guyane, avec un questionnement de nature plus généraliste que celui des Baromètres métropole et proche de celui d'EHIS. Il semble opportun de proposer une nouvelle observation cinq ans après, avec un protocole en face-à-face qui, encore plus dans les DROM qu'en métropole, permettra d'assurer une meilleure représentativité des résultats qu'un dispositif par téléphone. De plus, l'enquête EHIS 2019 sera aussi réalisée à Mayotte. Une enquête est prévue par Santé publique France en 2018 sur la santé à Mayotte. Cependant, les objectifs de ces deux enquêtes sont distincts. L'enquête de Santé publique France a été conçue pour Mayotte et inclut des prélèvements sanguins. Elle aborde plus en détails les problèmes de santé spécifiques à Mayotte et a pour but de mesurer des prévalences de maladie (VIH, hépatites, etc.). À l'inverse, elle ne permettra pas de comparer l'état de santé à Mayotte avec celui des autres DROM, de la métropole et des autres pays européens, ce que conforte la pertinence de réaliser EHIS à Mayotte. D'autres enquêtes sur la santé ont lieu dans les DROM, mais il s'agit d'enquêtes sur des sujets très spécifiques qui n'ont donc pas, comme l'enquête EHIS, l'objectif de dresser un bilan généraliste de l'état de santé dans les DROM. À titre d'exemple, on peut citer l'enquête Kannari sur la nutrition réalisée en 2013-2014 aux Antilles, l'enquête Entred sur le diabète réalisée dans les 4 DROM en 2007 et dont la prochaine édition est prévue en 2017, l'enquête KAPB VIH/Sida réalisée en 2011 aux Antilles et en Guyane et en 2012 à La Réunion.

Concernant l'objectif 4) de l'enquête, des questions sur la complémentaire santé ont également été introduites dans SRCV. Il s'agit de questions très similaires à celle de l'enquête EHIS 2019. Cependant, l'enquête SRCV interroge chacun des membres du ménage de 16 ans ou plus alors que, dans l'enquête EHIS, les questions sur la complémentaire santé seront posées pour tous les membres du ménage, à l'adulte qui répondra aux questions socio-démographiques de l'enquête. Dans ce cadre, EHIS sera la seule source permettant de mesurer un taux de couverture en population générale et non seulement sur les 16 ans et plus.

Sur le sujet du non-recours aux soins pour raisons financières, l'enquête EHIS apporte plus d'informations que l'enquête SRCV dans laquelle la question est posée uniquement pour les soins médicaux en général et pour le dentiste. Dans EHIS, le non-recours pour raisons financières est abordé également pour l'optique, les prothèses auditives, les médicaments et les consultations auprès des professionnels de la santé mentale. En plus du motif financier, le questionnaire aborde également les difficultés liées aux distances d'accès et aux délais d'attente.

Concernant l'objectif 5), en l'état actuel des bases de données disponibles, l'appariement des données de l'enquête avec celles du SNDS est essentiel pour l'étude des inégalités sociales de santé et des parcours de soins. À terme, un projet d'appariement entre l'échantillon démographique permanent de l'Insee et le SNDS permettra, sur un échantillon bien plus important, de traiter ces sujets. Cependant, éclairer des données déclaratives relatives à la santé avec des informations sur les parcours de soins, comme ce qui est prévu dans le projet d'exploitation sur la santé mentale, restera un angle de recherche très intéressant. Par ailleurs, pour les questions sur les déterminants de la santé, l'enquête EHIS 2019 reste incontournable.

9. Insertion dans un système d'information

L'opportunité est demandée pour les volets métropole et DROM de l'enquête 2019. Le volet métropole est amené à être reconduit tous les 6 ans. Aucune post-enquête n'est prévue. L'enquête sera appariée avec les fichiers fiscaux (c'est la base de sondage également) pour récupérer des informations fiables par exemple sur les revenus et le statut matrimonial légal, et les données médico-administratives.

10. Unité(s) statistique(s)

Selon le protocole finalement retenu, il s'agira, pour le volet métropole, soit d'une enquête individus, soit d'une enquête ménages. Dans le cas d'une enquête ménages, seront échantillonnés au plus deux individus par ménage. Dans ce cas, la taille de l'échantillon sera augmentée d'environ 25 % de manière à tenir compte de l'effet de grappe (le fait que deux individus interrogés dans un même ménage sont plus semblables que deux individus tirés au hasard au sein de la population française).

Le volet DROM, sera, lui, une enquête auprès des ménages totalement administrée par enquêteurs en face-à-face avec un sur-échantillonnage pour prendre en compte l'effet de grappe.

11. Champ de l'enquête

Le champ de l'enquête est l'ensemble des personnes âgées de 15 ans ou plus vivant dans un logement ordinaire.

12. Champ géographique de l'enquête

L'enquête est le volet français d'une enquête européenne. Elle couvre la métropole et les DROM. Il est envisagé d'enquêter les cinq DROM (La Réunion, Mayotte, les Antilles, la Guyane et Mayotte) de manière à être représentatif de chacun de ces territoires. La représentativité régionale n'est pas visée en métropole.

13. Bases de sondage, échantillonnage (taille de l'échantillon)

Grâce à l'accord donné par la DGFIP, il est prévu que l'enquête soit tirée dans les fichiers fiscaux. Des démarches seront réalisées spécifiquement à cette fin (demande au titre de l'article 7 bis, convention tripartite Drees-Insee-DGFIP, passage au comité du secret). Les fichiers fiscaux ont été choisis de manière à pouvoir exploiter les numéros de téléphone et les adresses mél présents dans cette base.

Eurostat impose d'obtenir 11 300 répondants pour la France métropolitaine dans le cadre d'une enquête individus. Étant donné l'estimation de l'effet grappe réalisée par la division Sondage de l'Insee, cela nous conduit à viser un échantillon d'environ 14 000 répondants en France métropolitaine dans le cadre d'une enquête ménages.

Afin d'obtenir une représentativité des résultats au niveau de chaque DROM, il est visé d'obtenir 1 500 répondants par DROM.

L'estimation des taux de réponse est encore à affiner selon le protocole retenu (voir ci-dessous). Il pourrait être compris entre 50 % (enquête téléphonique) et 65 % (enquête tout face-à-face).

14. Mode de collecte

A ce stade, deux protocoles de collecte sont envisagés pour le volet métropole. Un appel d'offre à options présentant ces deux protocoles a été publié pour recruter le prestataire privé qui réalisera la collecte. L'option retenue dépendra du budget disponible pour l'enquête et de la qualité attendue du protocole.

Protocole 1 : Une enquête individuelle totalement administrée par enquêteur, soit par téléphone quand un numéro est trouvé (soit dans les bases fiscales, soit par qualification sur annuaire ; 70 % de qualification téléphonique selon une estimation de l'Insee en cours de validation), soit en face-à-face, pour les 30 % de l'échantillon restant.

Protocole 2 : Une enquête auprès des ménages (une ou deux personnes par ménage) administrée par enquêteur en face-à-face pour la partie socio-démographique et par questionnaire auto-administré pour la partie concernant la santé. Les auto-questionnaires santé au format papier seront remis par l'enquêteur à l'issue de l'interrogation. Un numéro de téléphone sera collecté si nécessaire et des relances téléphoniques seront réalisées pour les récupérer. En cas de nécessité, une seconde visite sera effectuée pour récupérer les auto-questionnaires qui n'auraient pas été renvoyés par la poste malgré les relances téléphoniques. Si besoin, les enquêteurs pourront aider les personnes à renseigner les questionnaires. Le protocole 2 est privilégié, car il garantit une enquête de meilleure qualité. La contrainte budgétaire peut conduire à adopter le protocole 1.

Le volet DROM de l'enquête sera réalisé par le réseau d'enquêteurs Insee. Il s'agira d'une enquête ménages qui interrogera une ou deux personnes par ménage avec une administration par enquêteur entièrement en face-à-face.

Un enrichissement avec les fichiers fiscaux et un appariement avec les données médico-administratives sont prévus.

15. Date (même approximative) et périodicité de la collecte

La collecte se déroulera d'avril à mi-juillet, puis de septembre à décembre 2019 pour le volet métropole. En ce qui concerne les DROM, la collecte est prévue de juillet à décembre 2019.

16. Temps de réponse - Contraintes imposées à l'enquête

Le temps de réponse moyen estimé est 45 minutes (15 minutes pour le tronc commun des ménages et 30 minutes pour le questionnaire santé). Dans un ménage où deux personnes sont échantillonnées, la seconde personne n'est interrogée que pour la partie santé, la durée totale moyenne de l'interrogation dans le ménage est donc de 1 heure 15 minutes.

Le questionnaire centré sur la santé comporte des questions sensibles. Pour le volet DROM, dont le mode de passation est le face-à-face, il est envisagé de poser les questions sur la consommation de tabac et d'alcool, ainsi que les questions sur la santé mentale sous casque dans le but d'obtenir des réponses non faussées par la présence de tiers. Pour le volet DROM, de légères adaptations du questionnaire sont prévues en collaboration avec les équipes de l'Insee. Par exemple, la liste des maladies va être modifiée pour prendre en compte les maladies liées aux moustiques (dengue, zika, chikunguya, paludisme, etc.), les questions sur le logement vont être enrichies (équipement en eau, wc...), la formulation des questions sur les fruits, les légumes et l'alcool sera adaptée... Des questions sur la consommation de drogues vont certainement être ajoutées dans le volet DROM. Elles seront, elles aussi, passées sous casque à la suite des questions sur l'alcool et le tabac. Le caractère obligatoire sera demandé pour l'enquête.

17. Instances de concertation (comitologie) : comité scientifique, de concertation, d'orientation, de pilotage, de suivi

Pour le volet métropole, le comité de pilotage est composé de la Drees, de l'Irdes, de l'Insee et de la Cnamts. Il s'est réuni deux fois (février et septembre 2017).

Pour le volet DROM, la comitologie Insee est en place. Le séminaire de lancement de l'enquête a eu lieu (juillet 2017). Des comités de suivi et de pilotage incluant des représentants de la Drees, de l'Irdes et de

l'Insee sont mis en place et se réuniront tous les trois mois pour le premier et tous les six mois pour le second.

L'Insee a été sollicité pour son expertise sur l'échantillonnage, les protocoles de collecte, la connaissance du tronc commun des ménages et le sera pour les traitements post-collecte. Des experts de Santé publique France, de l'ANSES, de l'INED ont été sollicités pour la formulation de certaines questions. Des concepteurs d'enquêtes à Santé publique France, à Sciences-po ou à la Drees ont été rencontrés.

L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS) a été contactée pour que l'enquête lui soit présentée mais aucune suite n'a été donnée à ces tentatives de contact.

18. Exploitation et diffusion des résultats

La Drees et l'Irdes sont propriétaires des données du volet métropole. La Drees est propriétaire des données du volet DROM. Toutes ces données ont évidemment vocation à être diffusées à la communauté scientifique via le réseau Quetelet. Les micro-données incluses dans le règlement européen seront mises à disposition pour tous les pays participants sur le site internet d'Eurostat. Le redressement, l'apurement des données et le calcul des pondérations seront réalisés dès la fin du terrain, au premier semestre 2020.

Concernant le volet métropole, la Drees et l'Irdes enverront fin 2020 (9 mois après la fin de la collecte) les données à Eurostat. Elles publieront un rapport détaillé sur l'enquête début 2021 (méthodologie, questionnaire et résultats) accessible en ligne, ainsi que trois publications courtes (4-6 pages) sur l'état de santé et les déterminants de santé ; sur la complémentaire santé et sur le renoncement aux soins. Concernant le volet DROM, un rapport sera également publié ainsi qu'une publication courte sur l'état de santé dans les DROM cosignée par la Drees, l'Irdes et l'Insee. Les Directions régionales de l'Insee et les Agences régionales de santé seront invitées à se saisir des données DROM pour que leur expertise du terrain soit mise à profit de publications sur la santé dans chacun des DROM.

L'appariement avec les données du SNDS devrait être réalisé à la fin 2020. Il faudra attendre 2021 pour récupérer les données fiscales des enquêtés concernant l'année 2019.

Type de diffusion envisagée selon la codification (1)	Période de diffusion envisagée	Niveau géographique (2) envisagé pour les résultats	Remarques
Envoi des données à Eurostat pour publication des séries sur leur site internet	Fin 2020	Métropole	
Rapport	Fin 2020	Métropole	
Rapport	Début 2021	DROM	
Publications courtes (4-6 pages)	2021	3 sur la Métropole et 1 sur les DROM	
Publications régionales à partir des données DROM	2021-2022	Une publication par DROM	
Publications recherche exploitant notamment les appariements	2022	Métropole et DROM	

19. Moyens humains et financiers mobilisés pour l'enquête

Pour la conception et le suivi de l'enquête : 0,6 ETP niveau A côté Drees ; 1,6 ETP niveau A côté Irdes ; 0,3 ETP niveau A côté Insee.

Coût de collecte : environ 2,5 millions d'euros TTC pour le volet métropole et environ 1 million d'euros TTC pour le volet DROM.

Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (Panel 4)

1. Intitulé de l'enquête

L'enquête s'intitule « Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale ». Il s'agit du 4^{ème} panel (« Panel 4 »).

2. Service producteur

La maîtrise d'ouvrage au niveau national est assurée par la Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees). Le pilotage est assuré conjointement avec les Observatoires régionaux de Santé (ORS) et les Unions régionales des Professionnels de santé – Médecins Libéraux (URPS-ML) des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et Pays-de-la-Loire (co-maîtrises d'ouvrage). Ces deux régions, appelées dans la suite du document régions partenaires, disposent d'un sur-échantillon régional.

3. Service réalisant la collecte

La maîtrise d'œuvre est confiée à l'Observatoire régional de la santé de la région Provence-Alpes Côte d'Azur (« ORS PACA ») qui mobilise la plateforme d'enquête de l'ORS PACA – UMR 912 Inserm IRD Aix-Marseille Université (UMR 912).

4. Historique de l'enquête

Il s'agit de la 4^{ème} édition du panel.

Après le panel « PACA » réalisé par l'UMR 912 et l'ORS PACA sur la période 2002-2007 auprès de 600 médecins généralistes libéraux exerçant dans la région Provence-Alpes Côte d'Azur, un panel « Cinq régions », appelé « **Panel 1** », a été mis en œuvre **sur la période 2007-2009** avec le concours de la Drees, de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS), des Observatoires régionaux de la santé (ORS), des Unions régionales des médecins libéraux (URML) et des Unions régionales des caisses d'Assurance Maladie (URCAM) des cinq régions partenaires (Pays de la Loire, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bretagne et Basse-Normandie) auprès de 1 900 médecins généralistes.

Puis, la Drees, en collaboration avec les ORS et les URPS-ML des régions PACA, Pays de la Loire et Bourgogne a mis en place, **sur la période 2010-2012**, un panel national (appelé « **Panel 2** ») de médecins généralistes libéraux (constitué de 1 250 médecins) avec trois sur-échantillons pour les régions partenaires (environ 2 200 médecins au total).

La Drees a reconduit, en partenariat avec les ORS et URPS-ML des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, le dispositif du panel 2 **sur la période 2014-2017**, dans le cadre du « **Panel 3** ». Près de 3 000 médecins ont été interrogés, dont 1 600 pour l'échantillon national. La collecte s'est terminée en janvier 2017.

La Drees prévoit le lancement, en partenariat avec les ORS et URPS-ML des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays-de-la-Loire, d'un « **Panel 4** » dont la collecte aura lieu **sur la période 2018-2021**, à raison de 4 vagues d'enquête espacées chacune de 9 mois.

5. Bilan d'exécution de l'enquête et des résultats produits

Le dernier Panel (Panel 3), dont le terrain de la cinquième vague s'est terminé en janvier 2017, a donné lieu à de nombreuses restitutions :

- Deux publications synthétiques de la Drees (dans la série « Études et Résultats ») exploitant les résultats de chaque vague de l'échantillon national, 2 autres sont à paraître en octobre 2017 ;
- Des publications synthétiques à l'échelon régional ;
- Des publications dans des revues nationales (« Revue française des affaires sociales », « Médecine », « Médecine et maladies infectieuses », « Bulletin épidémiologique hebdomadaire » (BEH), « Médecine thérapeutique, Reproduction, Gynécologie, Endocrinologie »,...) ;
- Des articles de recherche, publiés dans des revues internationales médicales (« Vaccines », « EBiomedicine », « Clinical Microbiology and Infection », « Eurosurveillance », « Expert Reviews of Vaccines », « Pediatric Infectious Disease Journal ») et de sciences sociales (Applied Economics, « Revue économique »).
- Un colloque « Pratiques et conditions d'exercice des médecins généralistes : résultats et enseignements du 3^{ème} panel d'observation » sera organisé par la Drees le 9 novembre 2017. Il sera l'occasion de présenter autour des thèmes des vagues d'interrogation du Panel 3 des travaux issus de cette source mais aussi d'autres données, et de susciter une discussion entre chercheurs en médecine générale, représentants des administrations (Drees et autres directions du Ministère, Cnamts...) et médecins généralistes.

L'ensemble des publications relatives aux différents panels sont disponibles sur la page dédiée au Panel du site internet de la Drees (<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/article/le-panel-d-observation-des-pratiques-et-des-conditions-d-exercice-en-medecine>).

6. Objectifs généraux de l'enquête et principaux thèmes abordés

Le Panel 4 a pour objectif d'interroger 2 380 médecins (en moyenne sur les quatre vagues d'interrogation, échantillons national et régionaux compris) sur leurs pratiques et leurs conditions de travail, tout en recueillant leurs opinions sur ces modalités d'exercice.

Tout comme le Panel 3, le Panel 4 permettra non seulement de disposer de résultats représentatifs au niveau national, mais de disposer aussi de résultats représentatifs au niveau de chacune des deux régions partenaires. Ainsi, il sera à nouveau possible, non seulement de comparer les régions entre elles, mais aussi de les situer par rapport à l'échelon national.

Les principaux thèmes abordés par le Panel seront :

- Démographie médicale, organisation du cabinet (objet des première et dernière vagues) ;
- Prévention ;
- Gestion des prescriptions médicamenteuses (notamment stratégie d'arrêt des benzodiazépines et de certains antalgiques).

Certains sujets, liés notamment à la démographie médicale, feront l'objet d'un suivi dans le temps : du fait de la baisse attendue de la densité de médecins généralistes libéraux dans les années de collecte de l'enquête, les conditions d'exercice des médecins et leurs perceptions par ces derniers sont susceptibles d'évolutions importantes.

7. Origine de la demande et utilisateurs potentiels des résultats

Origine de la demande :

La médecine générale de ville fait face aujourd'hui à un contexte particulier (baisse du nombre de médecins généralistes libéraux, vieillissement et féminisation de la profession, dispositifs incitatifs à l'installation en libéral dans les zones fragiles, développement des dispositifs de rémunération à la performance) qui impose un renouvellement des pratiques et conditions d'exercice aux médecins généralistes libéraux.

Face à ces évolutions et réformes, de nouveaux enjeux se posent et il apparaît essentiel de disposer d'observations répétées et à grande échelle de la profession afin de connaître la manière dont les médecins perçoivent ces changements et comment ceux-ci affectent leurs pratiques et leurs conditions d'exercice.

A l'occasion d'une phase d'entretiens menée début 2016, les partenaires institutionnels nous ont indiqué leurs attentes en matière d'éclairages sur les enjeux auxquels la médecine générale est confrontée. Cette phase a été conclue par un « comité stratégique » qui a été l'occasion de synthétiser et prioriser les attentes des partenaires. La Direction Générale de la Santé (DGS) ainsi que Santé Publique France nous ont indiqué leur intérêt pour les thématiques liées à la prévention, qui se sont par ailleurs détachées dans les mois suivants comme l'une des priorités du nouveau Ministère des solidarités et de la santé. La Haute Autorité de Santé (HAS) nous a également indiqué son intérêt pour ce thème et en particulier pour celui de la gestion des prescriptions médicamenteuses. La Direction de la sécurité sociale (DSS) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs salariés (Cnamts) nous ont exposé leurs attentes en ce qui concerne les thèmes liés à l'évolution de la démographie médicale et l'organisation du cabinet. Ces thèmes seront ainsi traités dans le cadre du Panel 4.

Cette enquête d'initiative nationale ne s'inscrit pas dans la réponse à un règlement européen.

Utilisateurs potentiels :

Les premiers utilisateurs des résultats seront la Drees, les ORS et URPS-ML des régions partenaires, ainsi que Aix-Marseille School of Economics qui participe à l'opération en tant que partenaire scientifique. Les autres directions du ministère des solidarités et de la santé, notamment la DGS, la DSS et la DGOS ainsi que les partenaires membres du comité stratégique (HAS, Cnamts, Irdes, CNSA, Santé Publique France, IRESP – Institut de recherche en Santé Publique) montrent également un fort intérêt pour les thématiques qui ont été traitées dans le Panel. Ces partenaires, sollicités comme experts pour participer aux comités de vagues pour réagir sur le questionnaire lors du dernier panel, continueront à être associés à la préparation des questionnaires dans le cadre du futur panel. Enfin, les ARS des régions partenaires et les départements de médecine générale des facultés de médecine correspondantes utilisent ponctuellement ces données.

Sous couvert d'une convention et après validation par les membres du comité de pilotage, les données des différentes enquêtes pourront être transmises à ces différentes instances. La mise à disposition des données sous Quetelet permettra également à des chercheurs de développer les exploitations secondaires du panel. Les données des Panels 1 et 2 sont disponibles sous Quetelet.

8. Place dans le dispositif statistique déjà existant sur le même sujet ; apport à la connaissance du domaine par rapport à d'autres sources déjà disponibles (enquêtes ou fichiers administratifs)

D'autres recueils de données sur la médecine générale existent ou ont existé, mais tous ne poursuivent pas les mêmes objectifs. Tout d'abord, les recueils systématiques d'informations de consultations (diagnostic, prescriptions) remplis par des « réseaux » de taille limitée de médecins généralistes volontaires – donc non représentatifs –, pour chacun de leurs patients, recueillent principalement les données d'un dossier patient. Ainsi, l'Observatoire de la médecine générale, qui n'est plus alimenté, a recueilli et analysé les données relevées par un réseau de généralistes volontaires et bénévoles durant chaque consultation ou visite (données individuelles du patient - âge, sexe, département, antécédents médicaux, biométrie, résultat de laboratoire... - mais aussi données relatives au(x) diagnostic(s) et à la prise en charge au cours de la séance) avec pour objectif de produire un outil d'observation de la pratique des médecins généralistes dans le but de développer les recherches en médecine générale et de produire des statistiques régulières sur l'activité du réseau de soins. Ces données pouvaient être appariées avec des données exhaustives de l'Assurance Maladie ; cependant en raison du coût d'un tel appariement ceci n'a pu être réalisé que sur une trentaine de médecins (projet « Prospère » de l'IRDES).

On peut également citer les réseaux de médecins chargés d'une mission de surveillance des épidémies (gripes ...) : « Sentinelles », créé par l'Inserm et l'Université Paris 6 et le réseau des « GROG » (groupes régionaux d'observation de la grippe). Ces recueils permettent de recueillir des données épidémiologiques, mais ne sont pas représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes, vu leur taille et/ou leur mode de recrutement ; ils ont une vocation de première d'alerte des phénomènes épidémiques.

Il n'existe ensuite que peu de recueils de données en population représentative comme le panel conduit par la Drees. Le plus important est le Baromètre de médecins généralistes de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), qui a eu lieu environ tous les 5 ans jusqu'en 2009. Ce baromètre interroge par téléphone environ 2 000 médecins généralistes en activité en France métropolitaine sur leurs opinions, leurs attitudes et leurs pratiques sur des thèmes tournant principalement autour de la prévention (vaccination, dépistage).

Le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale Drees-ORS-URPS est ainsi un outil nécessaire pour comprendre les enjeux de la médecine générale en France. Ce recueil de données déclaratives apporte un éclairage précieux sur la variabilité des pratiques déclarées des médecins généralistes, complémentaire à d'autres types de recueils systématiques d'informations de consultations à but plus épidémiologiques. Sa représentativité et sa taille sont des atouts d'importance. Le Panel dans son mode de fonctionnement permet de documenter certaines prises en charge, pas uniquement sous l'angle des soins médicaux prescrits mais aussi en termes de pratiques spécifiques dont le recueil nécessite un questionnaire précis, via par exemple une interrogation sur le « dernier patient vu » ou des cas fictifs (vignettes cliniques). Il s'agit également d'un outil utile pour suivre certains indicateurs dans le temps, comme le temps de travail par exemple. De plus, les données d'enquête du prochain Panel seront, comme le précédent dispositif, appariées avec des données de l'Assurance Maladie relatives au Relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP) de chaque médecin enquêté, ce qui enrichit le recueil avec des informations utiles sur la quantité d'actes et la structure de patientèle de chaque enquêté. Il est également prévu pour ce Panel d'apparier chaque enquête avec des données plus riches et plus fines de consommation de soins médicaux à partir des informations issues du système national inter-régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM). Un tel type d'appariement permettra de mettre en regard les différentes prises en charge et les opinions déclarées par les médecins avec leur activité effective, telle qu'elle est enregistrée dans les sources administratives : ce nouveau Panel sera ainsi le seul dispositif offrant cette possibilité riche d'enseignements pour le suivi des pratiques en médecine générale.

À l'international enfin, très peu de dispositifs similaires existent et sont exploités. On peut citer le panel australien⁴ MABEL (*Medicine in Australia : Balancing Employment and Life*) qui interroge, sur cinq vagues annuelles, 10 500 médecins (généralistes, spécialistes, praticiens hospitaliers, formateurs) afin de mieux comprendre les déterminants de leurs décisions en matière de nombre d'heures travaillées, de lieu d'exercice, de choix de spécialité, de déroulement de carrière et de départ en retraite.

9. Insertion dans un système d'information

Le Panel 4 comprendra quatre vagues ainsi qu'une phase d'inclusion. Pour le moment, les questionnaires des différentes vagues n'ont pas encore été établis, leur conception débutant environ 9 mois avant le début de la collecte. Il est envisagé de sur-échantillonner les médecins exerçant en maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), à qui une partie du questionnaire spécifique serait administrée du fait des particularités de leur pratique lié à leur exercice au sein d'une structure cordonnée.

10. Unité(s) statistique(s)

Les unités statistiques de l'enquête sont les médecins généralistes libéraux en activité. L'objectif est d'interroger 2 380 médecins au total en moyenne sur les 4 vagues (1 650 médecins pour l'échantillon national interrogé par téléphone et 730 médecins pour les échantillons régionaux⁵).

11. Champ de l'enquête

Le champ de l'enquête recouvre l'ensemble des médecins généralistes exerçant en cabinet libéral, tirant tout ou partie de leurs revenus professionnels de l'exercice libéral de la médecine.

⁴ Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research at the University of Melbourne (Professor Anthony Scott and Associate Professor Guyonne Kalb), in collaboration with the Department of General Practice (Dr. Catherine Joyce) and the School of Rural Health (Professor John Humphreys) at Monash University.

⁵ Ces chiffres pourront être affinés par la suite, en fonction de l'avancée de la préparation de la stratégie d'échantillonnage

Sont exclus les médecins généralistes ayant un exercice exclusivement salarié (médecins hospitaliers, en centre de santé) ainsi que les médecins ayant un mode d'exercice particulier (MEP, par exemple l'acupuncture ou l'homéopathie) exclusif de toute autre pratique. Sont également exclus du champ de l'enquête, du fait de leur caractère probablement atypique, les médecins ayant enregistré un trop faible nombre d'actes l'année précédant leur recrutement, ainsi que ceux ayant des projets de cessations d'activité ou de déménagement à moins d'un an (filtre qui sera réalisé au moment du recrutement).

12. Champ géographique de l'enquête

Tout comme le Panel 3, le nouveau panel interrogera des médecins en activité en France métropolitaine. Des extensions régionales seront réalisées pour les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays-de-la-Loire, partenaires du dispositif.

13. Bases de sondage, échantillonnage (taille de l'échantillon)

La base de sondage du Panel 4 est constituée à partir du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS, alimenté par les données du tableau de l'Ordre des médecins) au 1^{er} janvier 2017. Les données de l'Assurance Maladie renseignant le nombre d'actes (consultations + visites) liquidés sur une certaine période, ainsi que l'exercice ou non d'un mode d'exercice particulier, seront appariées ensuite aux médecins présents dans la base RPPS. Ces données permettront ainsi non seulement d'exclure les médecins ayant un mode d'exercice particulier, ou n'ayant pas réalisé un nombre suffisant d'actes sur l'année (cf. infra), mais aussi de stratifier l'échantillon suivant le nombre d'actes pratiqués par le médecin.

L'échantillon sera tiré de façon aléatoire, avec une stratification fondée sur plusieurs variables et notamment le sexe, l'âge, la densité médicale de la zone de patientèle (mesurée par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée – APL -), le nombre d'actes annuels. L'échantillon global sera constitué de trois échantillons indépendants (un échantillon national et deux échantillons régionaux).

La possibilité de sur-représenter certaines strates sera étudiée, en particulier les médecins ayant une activité élevée et exerçant dans une zone déficitaire en termes de densité médicale. L'expérience montre en effet que ces médecins ont tendance à moins répondre que leurs confrères. Un sur-échantillonnage des médecins en maison de santé pluri-professionnelles (MSP) sera également à l'étude, de façon à disposer d'un échantillon suffisant pour étudier la possibilité d'une spécificité des pratiques des médecins exerçant au sein de ces structures.

14. Mode de collecte

Tout comme le précédent panel, la plateforme de l'ORS PACA, composée d'enquêteurs professionnels rompus au recueil de données auprès de divers publics et en particulier auprès des médecins généralistes, interrogera les médecins généralistes par téléphone sur système CATI (Computer Assisted Telephone Interview). Tout comme pour le panel 3, un courrier, appelé lettre d'engagement, sera adressé aux médecins tirés au sort pour les informer du panel et de l'enquête à venir. Cette lettre rappellera au médecin qu'il s'engage pour une durée de 3 ans, qu'il accepte que son relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP) ainsi que d'autres variables collectées par l'assurance-maladie soient utilisés, l'informerá de ces droits d'accès (données anonymisées, droit d'accès aux données) et lui rappellera qu'il peut se désengager à tout moment. A chaque nouvelle vague, une lettre avis, généralement accompagnée de la publication des résultats nationaux d'une vague précédente, sera envoyée aux médecins ayant accepté de participer au dispositif. Pour certaines vagues, un support papier pourra être fourni, si la compréhension de certaines questions le nécessite. Les médecins seront dédommagés pour chacune des vagues auxquelles ils participent à hauteur du tarif d'une consultation (25 €).

Appariements envisagés

Au-delà des RIAP demandés aux médecins répondants et recueillis auprès du SNIIRAM de la Cnamts, le nouveau dispositif prévoit également de compléter les données d'enquête recueillies avec des indicateurs plus détaillés issues des Données de Consommation Inter-Régimes de la Cnamts accessibles au sein du Système National des Données de Santé (SNDS), sous réserve de l'accord de la CNIL et des médecins enquêtés. L'accès de la Drees à ces données permet de prévoir un calcul d'indicateurs ad hoc, l'enrichissement des données du panel grâce au numéro RPPS du médecin étant réalisé par la Cnamts.

L'appariement avec ces données fines, croisant type de soins et type de patientèle pour chacun des médecins enquêtés, constituera un enrichissement considérable des informations du Panel.

15. Date (même approximative) et périodicité de la collecte

Les médecins seront interrogés à raison d'une vague d'enquête tous les neuf mois. La première collecte débutera en octobre 2018. Il est prévu de réaliser en amont (septembre 2018) une vague d'inclusion, d'une durée plus courte qu'une vague standard (10 minutes environ). Lors de cette vague, les points suivants seront abordés : accord du médecin sur sa participation, vérification de ses coordonnées, éventuellement quelques questions générales seront également posées afin de vérifier qu'il fait bien partie du champ de l'enquête, et de disposer par ailleurs de quelques variables structurelles potentiellement utiles pour améliorer le redressement de la non-réponse. Contrairement aux autres vagues, les médecins ne seront pas rémunérés au moment de l'inclusion.

16. Temps de réponse - Contraintes imposées à l'enquêté

Comme pour les précédents panels, la durée de chaque questionnaire sera d'environ 15-20 minutes, correspondant à la durée moyenne d'une consultation.

17. Instances de concertation (comitologie) : comité scientifique, de concertation, d'orientation, de pilotage, de suivi

Le pilotage du Panel repose sur trois instances :

- **le comité stratégique** est composé d'un pool d'experts : Cnamts, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Haute autorité de santé (HAS), Santé Publique France, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), Institut de Recherche en Santé Publique (IRES-P), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction générale de la santé (DGS), Direction de la Sécurité Sociale (DSS), ORS et URPS-ML des régions partenaires, Drees. Ces experts peuvent être éventuellement sollicités lors d'un comité de vague. Ce comité a notamment pour objectif de recueillir les besoins spécifiques de ses membres auxquels les questionnaires pourraient répondre, et de réunir des financeurs potentiels pouvant contribuer par exemple à développer des exploitations du panel. Ce comité est appelé à se réunir en amont du lancement de chaque panel.
- **le comité de pilotage**, constitué de la Drees, des ORS (l'ORS PACA étant associé avec l'UMR 912) et URPS-ML des régions partenaires, décide des orientations générales du panel, de ses thématiques et valide le questionnaire de chaque vague. Il se réunit une à deux fois par an.
- **les « comités de vague »**, constitués à chaque vague d'enquête de la Drees, d'un ORS prenant en charge la vague et d'experts des problématiques étudiées, aident à l'élaboration du contenu du questionnaire dont la version finale est validée par le comité de pilotage et suivent la réalisation d'une première publication à partir d'exploitation nationale des résultats.

18. Exploitation et diffusion des résultats

Type de diffusion envisagée selon la codification (1)	Période de diffusion envisagée	Niveau géographique (2) envisagé pour les résultats	Remarques
Mise à disposition des bases anonymisées	Aux partenaires du dispositif, et par convention à des organismes publics ou des chercheurs, puis par le centre Quételet	National ou régional	
Restitution des résultats aux médecins interrogés	Au début de la collecte de la vague suivante	National ou régional	Format à déterminer (nouveau du Panel 4)

Études et résultats (publication Drees de 8 pages)	6 mois après la fin de la collecte d'une vague	National	Une publication de ce type par vague d'enquête
Publications régionales	Après la publication nationale	Régional	
Articles académiques	Après la publication nationale	National ou régional	
Colloque de restitution des résultats	Au terme de la collecte du Panel 4	National et régional	

(1) Type de diffusion :

- 1 - Alimentation de processus aval : *comptes nationaux, Eurostat, bases multisources...*
- 2 - Données détaillées : *bases de données, fichiers détail tout public ou public spécifique (chercheurs, collectivités...)*
- 3 - Chiffres clés, principaux résultats : *"4 pages", indicateurs, indices...*
- 4 - Synthèses, analyses, publications de références, éventuellement multisources...
- 5 - Valorisation, communication : *site internet dédié, séminaire, conférence...*

(2) France entière ou métropole seule, régions, départements, quartiers, autre niveau local

19. Moyens humains et financiers mobilisés pour l'enquête

Les moyens mobilisés sont ceux de la Drees et des partenaires régionaux pour la préparation du dispositif (échantillonnage, choix des thématiques, rédaction du protocole, etc.) et l'élaboration des différentes vagues d'enquêtes (préparation du questionnaire, collecte des données, re-pondération et exploitation des résultats).

Pour la Drees, c'est environ 1 ETP sur toute la durée du projet (répartis entre un chef de bureau, une adjointe au chef de bureau et un chargé d'études). La Drees, maître d'ouvrage, subventionnera l'ORS PACA, maître d'œuvre, à hauteur d'environ 900 000€ (sur une durée de 3 ans). L'ORS PACA en retransmettra une partie à l'autre région partenaire pour les vagues où c'est cette dernière qui pilote.