



Conseil national
de l'information statistique

CONSEIL NATIONAL DE L'INFORMATION STATISTIQUE

Commission « Services publics et services aux publics »

Réunion du 14 mai 2013

Projets d'enquêtes pour avis d'opportunité

- Enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) [2](#)
- Enquête Nationale sur les Ressources des Jeunes (ENRJ) [18](#)
- Enquête santé et protection sociale (ESPS) [25](#)
- Enquête nationale de santé 2014-2015 auprès des élèves scolarisés en classe de CM2 [33](#)
- Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (Panel 3) [37](#)

Enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE)

1. Intitulé du dispositif d'enquêtes

Enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) – 2014-2016 :

- Enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS) (enquête filtre)
- Enquête CARE en ménages – volet « seniors »
- Enquête CARE en ménages – volet « aidants »
- Enquête CARE en institutions – volet « seniors »
- Enquête CARE en institutions – volet « aidants »

2. Service producteur

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), sous-direction de l'observation de la solidarité, assure la maîtrise d'ouvrage du dispositif d'enquêtes.

3. Service réalisant la collecte

Le service responsable de la collecte des enquêtes VQS et CARE en ménages (volets « seniors » et « aidants ») est l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

Le service responsable de la collecte de l'enquête de CARE en institutions (volets « seniors » et « aidants ») est un prestataire privé sélectionné par la DREES dans le cadre d'un marché public.

4. Historique de l'enquête

Les enquêtes CARE s'inscrivent dans la continuité des enquêtes « Handicap-Santé » de 2007-2009 : VQS (2007), Handicap-Santé Ménages – HSM (2008), Handicap-Santé Aidants – HSA (2008), Handicap-Santé Institutions - HSI (2009). Mais elles seront spécifiques à la population âgée afin d'étudier la perte d'autonomie liée au vieillissement.

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

Les enquêtes Handicap-Santé portaient sur l'ensemble de la population, vivant en métropole et dans les DOM, en logement ordinaire ou en institution. L'enquête VQS 2007 a été adressée à un échantillon de 140 000 ménages ; 263 000 personnes ont répondu à cette enquête (dont 52 500 individus de 60 ans ou plus). L'échantillon de l'enquête « Handicap-Santé Ménages » a été constitué parmi les répondants à VQS 2007 : 40 000 personnes (dont 14 000 personnes de 60 ans ou plus) ont été tirées en surreprésentant les personnes présumées handicapées ou en perte d'autonomie. Au final, les données reçues et exploitables concernaient 30 000 personnes (dont 10 000 personnes de 60 ans ou plus), soit plus de 75 % de l'effectif potentiel (72 % pour les 60 ans ou plus).

Les aidants de l'entourage déclarés et dont les coordonnées avaient été fournies par les répondants à « Handicap-Santé Ménages » ont été interrogés dans le cadre du volet « aidants » : 5 000 aidants ont répondu à l'enquête.

Pour l'enquête « Handicap-Santé Institutions », l'échantillon était de 10 000 adultes résidant de façon permanente dans une institution, répartis dans 1 600 institutions. Le taux de réponse global a été de l'ordre de 90 % (9 000 répondants dont 4 000 âgés de 60 ans ou plus).

Les taux de réponse ont été très satisfaisants.

Les données collectées lors de ces enquêtes ont permis de réaliser des estimations nationales fiables relatives au handicap et à la dépendance : estimation du nombre de personnes handicapées ou dépendantes, calcul d'espérance de vie sans incapacité, évaluation de la nature, de la quantité et de l'origine des aides existantes, mesure des désavantages sociaux subis par les personnes en perte d'autonomie. L'interrogation des personnes en institution est indispensable lorsque l'on veut calculer des prévalences sur l'ensemble de la population. Elle améliore la connaissance des situations de forts handicaps et de perte d'autonomie, davantage présentes parmi les résidents de ces structures que parmi la population vivant en logement ordinaire.

Ces enquêtes ont donné lieu à plus d'une soixantaine d'études et recherches publiées. Elles ont également été l'objet d'un séminaire mensuel depuis avril 2011.

Pour le volet « ménages » de l'enquête Handicap-Santé, des extensions départementales ont été réalisées dans les départements des Hauts-de-Seine, du Nord, du Pas-de-Calais, du Rhône, ainsi qu'en Guadeloupe et en Martinique. Des prévalences du handicap et de la perte d'autonomie selon plusieurs définitions ont ainsi pu être estimées au niveau départemental sur ces territoires. Cependant, les acteurs locaux ont rencontré beaucoup de difficultés pour exploiter l'enquête. Le questionnaire était complexe et ne répondait que partiellement à leurs préoccupations opérationnelles. Par ailleurs, les questions locales concernent souvent des publics très spécifiques qui nécessitent que le handicap soit décrit finement et cela n'est possible que sur un plus large échantillon (environ 2 500 individus dans HSM).

Finalement, les extensions ont donné lieu à peu d'exploitations au niveau départemental (une dizaine de publications) et le coût supporté par les départements a été jugé bien supérieur au bénéfice retiré¹

6. Objectifs généraux de l'enquête – Principaux thèmes abordés

- VQS

Le questionnaire VQS aura pour objectif de repérer les personnes présumées dépendantes vivant en logement ordinaire de façon à les surreprésenter dans l'enquête « CARE ménages – volet seniors ». Pour ce faire, le questionnaire sera court et simple (proche de VQS 2007, une vingtaine de questions).

- « CARE ménages et institutions – volet seniors »

Les objectifs thématiques des enquêtes « CARE ménages et institutions – volet seniors » sont triples : suivre l'évolution de la dépendance, estimer le reste à charge lié à la dépendance et mesurer l'implication de l'entourage auprès de la personne âgée.

Les enquêtes « CARE ménages et institutions – volet seniors » permettront de caractériser les personnes âgées selon plusieurs définitions de la perte d'autonomie. L'évolution des prévalences de la dépendance sera estimée par rapport aux enquêtes « Handicap-Santé » 2008-2009.

Le reste à charge est défini par la différence entre les coûts et les aides publiques qui interviennent dans la prise en charge de la dépendance. L'objectif est d'estimer le reste à charge lié à la dépendance et de comprendre comment les familles s'organisent pour faire face à celui-ci : aide dans les actes de la vie quotidienne apportée par l'entourage, paiement grâce aux revenus courants de la personne âgée, mais également vente du patrimoine, désépargne, transferts financiers issus de la famille ou renoncement à la prise en charge.

Les questionnaires chercheront également à recenser la nature, la quantité et l'origine des aides humaines, financières et techniques existantes ainsi que des besoins non satisfaits. Cet objectif était traité dans les enquêtes « Handicap-Santé » (ménages et institutions) par des modules dédiés du questionnaire.

¹ Source : « Bilan des extensions départementales de l'enquête Handicap-Santé en ménages de 2008 », Rapport de la mission de François Jeger-Madiot, note n°332/DG75-H301, juillet 2011

De façon plus précise, les thématiques suivantes feront partie du questionnaire « CARE - volet seniors » :

- Tronc commun des ménages
- Dépendance
 - Santé (dont mini-module européen, recours aux soins et déficiences)
 - Limitations fonctionnelles
 - Restrictions d'activités
 - Accessibilité
- Aides
 - Aides techniques
 - Aides humaines
 - Aides financières
 - Aménagements du logement
- Revenus
- Allocations / Prestations
- Dépenses régulières et contraintes du ménage

La partie « dépendance » sera quasiment identique que les individus résident en logement ordinaire ou en établissement. Les modules « tronc commun des ménages », « aides », « revenus » et « allocations/prestations » auront le même objectif pour les deux enquêtes (ménages et institutions), mais les questionnements seront adaptés au lieu de vie de la personne interrogée.

Les proxys seront autorisés quand l'enquêté sera dans l'incapacité de répondre.

- « CARE ménages et institutions – volet aidants »

Le volet « aidants » viendra compléter les informations du volet « seniors » sur :

- La relation de l'aidant avec l'aidé,
- Les aides humaines, financières et matérielles fournies par l'aidant,
- Les dépenses et ressources liées à la perte d'autonomie que l'aidé n'aurait pas pu renseigner.

L'aidant sera aussi interrogé sur son état de santé et les conséquences de l'aide sur sa vie professionnelle, sociale et affective.

7. Origine de la demande et utilisateurs potentiels des résultats

Le débat national de 2011 sur la dépendance des personnes âgées a fait émerger de nombreuses questions quant à l'évolution de la dépendance et aux moyens financiers, humains et techniques qu'elle requiert. Les systèmes d'information actuels ne permettent pas d'apporter des réponses au niveau national sur ces thématiques. En particulier, il s'est révélé nécessaire de :

- lever une partie de l'incertitude qui entoure les hypothèses de développement de la dépendance. Ceci suppose de suivre l'évolution du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie et, en particulier, de la comparer aux projections réalisées par la DREES en 2011.

Selon ces projections, 1,5 million de personnes seraient dépendantes en 2025 (au sens où elles bénéficieraient de l'allocation personnalisée d'autonomie – APA), contre près de 1,2 million en 2012, soit une hausse de 30 % (source : Groupe de travail présidé par J.M. Charpin « Perspectives démographiques et financières de la dépendance », 2011) ;

- mieux cerner les enjeux financiers auxquels font face les ménages confrontés à la dépendance, que la personne dépendante réside à domicile ou en établissement. Ces questions de financement de la perte d'autonomie et, plus spécifiquement, de reste à charge

sont cruciales, d'autant plus que le coût de la prise en charge est appelé à s'accroître. Plusieurs facteurs peuvent provoquer cette hausse : la diversification des prestations, le renforcement des normes de sécurité et de qualité, les revalorisations des salaires et l'augmentation du niveau de qualification des personnels intervenants. À l'heure actuelle, les besoins liés à la perte d'autonomie sont assurés à la fois par l'entourage (proches aidants), par le biais de prestations (telles que l'APA ou l'action sociale des caisses de retraite) et par les ressources propres des personnes âgées.

Par ailleurs, le Conseil national de l'information statistique² (CNIS) fait état du souhait de disposer d'enquêtes en population générale sur la dépendance, mettant en relation les différents systèmes de gestion de la dépendance : organismes de sécurité sociale, conseils généraux, sources fiscales. Le Conseil souligne que les situations de dépendance et leur prise en charge doivent être appréhendées en fonction de nombreux enjeux : médicaux, financiers, familiaux, sociaux, environnementaux. Ceci implique la mise à disposition de données concernant :

- la prise en charge hors prestations publiques, d'ordre familial ou provenant d'assurances privées ;
- l'articulation des différents dispositifs de prestations publiques, dédiées ou non.

Les utilisateurs potentiels :

- Les acteurs :
 - La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ;
 - L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) ;
 - La Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA) ;
 - La Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ;
 - La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ;
 - La Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;
 - Les conseils généraux ;
 - Les Observatoires régionaux de santé (ORS) ;
 - Les Agences régionales de santé (ARS) ;
 - ...
- Les organismes de recherche :
 - L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) ;
 - Le Laboratoire d'économie et de gestion des organisations de santé (LEGOS) de l'Université de Paris-Dauphine ;
 - L'Institut national d'études démographiques (INED) ;
 - La Maison des sciences sociales du handicap (MSSH) ;
 - L'Institut fédératif de recherche sur le handicap (IFRH) ;
 - L'Institut national de santé et de recherche médicale (INSERM) ;
 - ...

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)

La question de la perte d'autonomie des personnes âgées a pris de l'ampleur dans le système statistique, que ce soit au niveau national ou européen. Les sources existantes sont citées en annexe 1.

Concernant le dénombrement et la caractérisation des personnes âgées dépendantes, il existe un large éventail de données permettant d'aborder différentes problématiques. Mais les enquêtes ciblées sur une prestation ou une allocation ne fournissent pas une vision d'ensemble de la population, ni de comparaisons entre bénéficiaires et non-bénéficiaires. Les enquêtes en population générale

² Compte rendu n°28/D030 datant du 9 février 2012 de la réunion de la Commission services publics et services aux publics du 23 novembre 2011.

existantes, quant à elles, ne procurent souvent qu'un faible effectif de personnes âgées dépendantes, ce qui réduit les possibilités d'analyses sur cette population. De plus, la plupart des enquêtes citées n'interrogent pas les personnes les plus malades, soit parce qu'elles ne sont pas en capacité de répondre lorsqu'elles sont à domicile, soit parce qu'elles sont exclues du champ d'enquête car en institution. La représentation des personnes âgées dans l'échantillon en est donc réduite, et celle des personnes âgées dépendantes d'autant plus.

Par ailleurs, différentes enquêtes permettent d'identifier soit les besoins d'aides, soit les apports d'aides, soit les aidants de personnes en perte d'autonomie. Mais elles ne font pas le lien entre ces différents éléments, ce qui rend impossible l'analyse de l'aide, de la relation entre l'aidant et l'aidé et de l'impact de l'aide fournie dans la vie de tous les jours.

Enfin, il existe de nombreuses enquêtes sur les ressources et dépenses des ménages, comme l'enquête Budget de familles de l'INSEE par exemple. Mais ces enquêtes n'étant pas reliées à la dépendance, les questionnements mobilisables pour l'approche d'un reste à charge attribuable à la dépendance sont limités.

9. Insertion dans un système d'information

Les enquêtes CARE comprendront deux parties : une en logement ordinaire et l'autre en institution. Les deux parties seront chacune composées d'un volet « seniors » et d'un volet « aidants de l'entourage ».

La partie en logement ordinaire sera précédée d'une enquête filtre VQS.

La partie en institution sera précédée de l'enquête quadriennale de la DREES auprès de tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées : l'enquête EHPA.

L'opportunité est demandée pour l'ensemble du dispositif : VQS, « CARE ménages – volets seniors et aidants », « CARE institutions – volets seniors et aidants ».

Ce dispositif d'enquêtes ne comprendra qu'une vague d'interrogation.

Des post-enquêtes pourront être réalisées à la suite des différentes collectes.

10. Cible de l'enquête

Les unités statistiques enquêtées seront les individus de 60 ans ou plus résidant soit en logement ordinaire (pour la partie ménages) soit en établissement pour personnes âgées (pour la partie institutions). En particulier, ceux ayant des limitations dans la vie quotidienne seront surreprésentés dans l'échantillon du volet « seniors » de CARE.

11. **Champ de l'enquête** (secteurs d'activité - préciser les codes NAF - ; taille de l'unité enquêtée ; catégories de ménages ou d'individus ; etc.)

Les volets « seniors » des enquêtes CARE ménages et institutions couvrent les personnes de **60 ans ou plus** vivant en **logement ordinaire ou en institution**. Une personne est considérée vivant en institution lorsqu'elle réside en hébergement permanent pour personnes âgées (EHPAD, maison de retraite, unités de soins de longue durée...).

Les volets « aidants » des enquêtes CARE ménages et institutions couvrent l'ensemble des aidants déclarés par les personnes interrogées des volets « seniors ».

L'enquête filtre VQS s'adresse aux individus âgés de 60 ans ou plus vivant en logement ordinaire et aux personnes résidant dans le même logement.

12. Champ géographique de l'enquête

L'enquête VQS couvrira la France entière (métropole et DOM³ – hors Mayotte⁴). Cette enquête pourra connaître des extensions départementales en métropole, pour assurer une représentativité départementale. Les logements supplémentaires assurant la représentativité départementale ne seraient interrogés que pour l'enquête VQS et non pour l'enquête « CARE ménages – volet seniors ».

Les enquêtes « CARE ménages et institutions » seront réalisées en France métropolitaine. Leur méthodologie et leurs questionnaires seront fournis au CRIEM (Centre de ressources interrégional des enquêtes ménages) de l'INSEE et aux ARS, qui pourront s'ils le souhaitent conduire l'enquête sur leur territoire en adaptant les questionnements.

Il n'est pas prévu d'extensions départementales pour l'enquête CARE. En effet, le bilan des extensions faites lors du volet « ménages » de l'enquête Handicap-Santé a montré qu'il était difficile de faire converger les attentes nationales et locales sur une telle enquête : les conseils généraux souhaiteraient un questionnaire court et ciblé sur les besoins locaux pour les extensions, ainsi qu'un échantillon important. Pour répondre aux besoins locaux l'enquête VQS paraît beaucoup plus adaptée. Des extensions de l'enquête filtre sont donc envisagées, sous réserve de financement.

De la même manière, l'enquête CARE ne sera pas conduite dans les DOM, car leur inclusion nécessiterait la construction d'extensions sur ces territoires pour prendre en compte le contexte particulier de ces territoires dans la prise en charge de la dépendance. Par contre la DREES collectera l'enquête VQS dans chaque DOM pour fournir des données de cadrage sur la perte d'autonomie, et ce même si les extensions départementales en métropole ne sont pas conduites, faute de financement.

Dans le cas où certains DOM jugeraient opportun de conduire l'enquête CARE sur leur territoire, et trouvent les financements correspondants, la DREES prévoit la fourniture des questionnaires et des notes rédigées pour la conception de l'enquête, ainsi que la formation des concepteurs de l'extension régionale à la thématique dépendance et à l'enquête CARE. La DREES n'interviendra pas dans la collecte de l'enquête ni dans les traitements aval.

13. Bases de sondage, échantillonnage

- L'enquête VQS

L'échantillon principal de l'enquête VQS sera composé de 120 000 ménages dont au moins un membre est âgé de 60 ans ou plus, répartis en France métropolitaine. L'échantillon sera tiré par l'INSEE dans les bases fiscales de 2013. Pour les DOM (hors Mayotte), un échantillon de 10 000 ménages dont au moins un membre est âgé de 60 ans ou plus sera tiré de façon à disposer de suffisamment d'individus répondants par DOM. L'échantillon sera tiré par le CRIEM de l'INSEE dans les bases fiscales 2013 pour la Réunion et la Martinique et le recensement 2013 pour la Guyane et la Guadeloupe.

Dans le cas d'extensions départementales en métropole, un supplément d'environ 80 000 logements dont un des habitants est âgé de 60 ans ou plus serait tiré par l'INSEE dans les bases fiscales de 2013. Cet échantillon pourra être tiré hors des zones d'action des enquêteurs de l'INSEE (ZAE), puisqu'il ne donnera pas lieu à une enquête en face-à-face.

- L'enquête « CARE ménages – volet seniors »

Un échantillon de 15 000 personnes âgées de 60 ans ou plus sera tiré dans la base des répondants à l'enquête VQS hors extensions départementales et DOM. Cet échantillon sera construit à partir des

³ L'échantillon visera une représentativité régionale pour la France métropolitaine et départementale dans les DOM.

⁴ L'interrogation à Mayotte nécessite une méthodologie particulière quant au protocole (collectes courrier et téléphone exclues) et quant à la conception (tropicalisation et traduction du questionnaire) ce qui nécessiterait la conduite d'une enquête spécifique.

réponses à VQS en surreprésentant les personnes âgées supposées dépendantes. Seront distingués quatre groupes en fonction du niveau de dépendance présumé :

- Groupe I : personnes déclarant n'avoir aucune difficulté ;
- Groupe II : personnes déclarant avoir quelques difficultés ;
- Groupe III : personnes déclarant avoir plusieurs difficultés ;
- Groupe IV : personnes déclarant avoir de nombreuses difficultés.

Chaque groupe aura une probabilité de tirage différente, qui sera croissante du groupe I au groupe IV. Pour limiter l'effet des faux négatifs⁵, les rapports des poids seront minimisés⁶.

- L'enquête « CARE ménages – volet aidants »

Un aidant est défini comme une personne apportant régulièrement à l'interrogé, pour raison de santé ou de handicap, soit une aide pour les tâches de la vie quotidienne, soit une aide financière ou matérielle, soit un soutien moral. Tous les aidants de l'entourage cités par les personnes interrogées lors du volet « seniors » seront enquêtés.

- L'enquête « CARE institutions – volets seniors et aidants »

L'enquête en institutions sera réalisée en lien avec l'enquête EHPA. EHPA est une enquête quadriennale de la DREES auprès de tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées, qui décrit les personnes accueillies dans chaque établissement. La prochaine édition aura lieu en 2016. Un échantillon de 3 000 résidents sera tiré à partir de cette enquête pour constituer l'échantillon du volet « seniors » et tous leurs aidants non professionnels seront interrogés dans le volet « aidants ».

14. Mode de collecte

La collecte de VQS sera réalisée grâce à un questionnaire papier envoyé par courrier. Les non-répondants à la collecte par courrier seront interrogés par téléphone par les enquêteurs de l'INSEE, qui aura au préalable effectué une recherche des numéros de téléphone.

La collecte de VQS 2014 n'inclut pas de face-à-face. En effet, pour les personnes âgées, la structure des répondants à l'enquête VQS 2007 (y compris en face-à-face⁷) n'était pas différente de celle des répondants par courrier et téléphone. La collecte en face-à-face ne permet donc pas un gain de représentativité mais induit un coût et une durée de collecte plus conséquents. Par ailleurs, la période de collecte téléphonique de VQS 2014 sera allongée de manière à compenser en partie l'absence de face-à-face. Une collecte par internet pourra également être envisagée.

La collecte de l'enquête « CARE ménages – volet seniors » sera réalisée en face-à-face sous CAPI par les enquêteurs de l'INSEE.

L'enquête « CARE ménages – volet aidants » sera collectée par téléphone sous CATI par les enquêteurs de l'INSEE.

La collecte de l'enquête « CARE institutions – volets seniors et aidants » sera réalisée en face-à-face sous CAPI par un prestataire privé sélectionné par la DREES.

Par ailleurs, pour disposer d'informations détaillées, différents enrichissements pourraient être investigués et mobilisés :

⁵ Les individus classés à tort en bonne santé à l'issue de VQS perturberaient l'analyse de CARE « volet seniors », si l'écart de poids entre le groupe I et le groupe IV était trop important.

⁶ Un ratio de 14 entre les taux de sondage les plus faibles et les taux les plus importants n'avait généré que six faux négatifs de 60 ans ou plus dans « Handicap-Santé » (cf. Bouvier G., 2012, « Les faux négatifs du volet ménage de l'enquête Handicap-Santé 2008 », Actes des Journées de Méthodologie Statistique de l'INSEE).

⁷ Parmi les répondants à VQS 2007 âgés de 60 ans ou plus, 14 % avaient répondu en face-à-face.

- Un appariement entre les volets « seniors » des enquêtes (ménages et institutions) et les sources fiscales, afin de disposer des revenus dont bénéficient les membres du ménage et d'améliorer la qualité de l'information collectée.
- Un appariement entre le volet « seniors » des enquêtes (ménages et institutions) et les données du SNIIR-AM, pour disposer des dépenses de santé restant à la charge des ménages après remboursement de la Sécurité Sociale.
- Un appariement entre le volet « seniors » des enquêtes (ménages et institutions) et des fichiers sociaux de la CNAF, la CCMSA et la CNAV, pour améliorer la qualité de l'information collectée sur les minima sociaux et les allocations logement.
- Un appariement entre le volet « seniors » et le volet « aidants » (ménages et institutions), pour reconstituer les aides monétaires et non monétaires de l'entourage.
- Un appariement entre le volet « seniors » des enquêtes (ménages et institutions) et l'état civil pour suivre les décès.
- Un appariement entre l'enquête CARE en ménages et l'enquête VQS, afin de disposer des données de santé pour tous les membres du ménage.
- Un appariement entre le volet « seniors » de l'enquête CARE en ménages et des données administratives APA issues des systèmes d'information des conseils généraux, afin d'enrichir la base de l'enquête CARE en logements ordinaires avec la variable « bénéficiaire de l'APA » et le GIR attribué par les équipes médico-sociales, ainsi que les éléments du plan d'aide APA.

2014

Enquête VQS

Base de tirage : Base fiscale 2013

2015

Enquête CARE

« ménages – volet seniors »

Base de tirage : répondants VQS

2015

Enquête CARE

« ménages – volet aidants »

2016-2017

Post-enquêtes

Appariements possibles

Données administratives APA

Sources fiscales

Données SNIIR-AM

Fichiers sociaux

État civil (suivi des décès)

DOM

2016

Enquête EHPA

2016

Enquête CARE

« institutions – volet seniors »

2016

Enquête CARE

« institutions – volet aidants »

Extensions départementales

15. Date et périodicité de la collecte

La collecte de l'enquête VQS est prévue de juin à novembre 2014.

Pour éviter le risque de faux négatifs et une dégradation du taux de réponse, les périodes de collecte des enquêtes VQS et « CARE ménages – volet seniors » seront proches : la collecte de l'enquête « CARE ménages – volet seniors » est prévue de mars à mai 2015 (six mois après VQS). La collecte de l'enquête « CARE ménages – volet aidants » sera concomitante et se poursuivra jusqu'en juin 2015.

La collecte de la partie « institutions » est prévue fin 2016, de façon à succéder à celle de l'enquête EHPA (début 2016).

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

Le questionnaire de l'enquête VQS sera très court (une page A4 recto-verso), la durée pour que l'ensemble du ménage le remplisse est de 10 minutes en moyenne.

L'interview pour les volets « seniors » des enquêtes « CARE ménages et institutions » durera une heure en moyenne et sera réalisée en une seule visite. Pour l'enquête « CARE ménages », un seul individu par ménage sera interrogé.

L'interview pour les volets « aidants » des enquêtes « CARE ménages et institutions » durera trente minutes en moyenne.

Par ailleurs, un décret en Conseil d'État pour les enquêtes « CARE ménages et institutions – volet seniors » sera nécessaire pour permettre la collecte du NIR dans le cas d'un appariement de l'enquête avec des fichiers administratifs utilisant cet identifiant, le SNIIR-AM par exemple.

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

- Comité de pilotage

Le comité de pilotage planifie les dates-clés du projet, analyse les options proposées par l'équipe projet (maîtrise d'ouvrage - MOA) et décide des orientations stratégiques. Il se réunit chaque trimestre ou semestre selon l'actualité. La première réunion s'est tenue le 23 janvier 2013.

Participent à ce comité des personnes de la DREES et de l'INSEE. La composition du comité évoluera pour l'enquête en institutions.

- Groupe de conception

Le groupe de conception est consulté sur les questionnaires et l'organisation de l'enquête, et est informé des avancées du projet. Il regroupe un ensemble d'experts : chercheurs, sous-direction chargée de l'observation de la santé et de l'assurance maladie (DREES), Direction générale de la cohésion sociale du ministère des affaires sociales, financeurs, CNSA, CNAV, etc. Ces réunions, animées par le responsable MOA, ont une fréquence mensuelle au début, biannuelle ensuite. La première réunion s'est tenue le 7 février 2013.

- Comités de suivi

Il y a autant de comités de suivi que de maîtrises d'œuvre (MOE) :

- Un pour les enquêtes VQS et CARE « ménages – volets seniors et aidants » avec l'INSEE ;
- Un pour l'enquête CARE « institutions – volets seniors et aidants » avec le prestataire.

Ces comités sont composés de représentants de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre concernée. Les membres se réunissent au moins une fois par mois pendant la réalisation des travaux qui les concernent.

- Comité des financeurs

Le comité des financeurs est informé des avancées du projet. Il est composé des financeurs extérieurs, du responsable MOA et des intervenants MOA selon les sujets abordés en séance. Il se réunit à une fréquence biannuelle au début, puis annuelle par la suite.

18. Exploitation et diffusion des résultats

La DREES réalisera des exploitations de l'ensemble du dispositif d'enquêtes (publications dans l'offre éditoriale de la DREES). Les bases seront mises à disposition sur le réseau Quételet pour des exploitations externes à la DREES. Ces exploitations pourront faire l'objet de publications dans des revues scientifiques ainsi que dans des publications touchant un plus large public. Elles seront également présentées lors de séminaires ou de colloques.

Il n'est pas prévu de retour d'information aux personnes enquêtées.

| Type de diffusion envisagée selon la codification* | Période de diffusion envisagée | Niveau géographique envisagé pour les résultats (France entière ou métropole seule, régions, départements, quartiers, autre niveau local) | Remarques |
|--|--------------------------------|---|------------------------------------|
| 2. Livraison des fichiers de production et de recherche sur le réseau Quételet | 2015 - 2017 | France entière, France métropole | Niveau départemental si extensions |
| 3. Premiers résultats, données de cadrage (publications Études et Résultats – DREES) | 2016 - 2017 | France entière, France métropole | Niveau départemental si extensions |
| 4. Articles dans Études et Résultats, documents de travail ou dossiers Solidarité et Santé de la DREES Articles dans des revues scientifiques | 2016 à 2019 | France entière, France métropole | Niveau départemental si extensions |
| 5. Présentation des résultats lors de séminaires ou colloques | 2016 à 2019 | France entière, France métropole | |

* 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...*

19. Moyens humains et financiers mobilisés pour l'enquête

La conception et le suivi des enquêtes mobiliseront du côté de la MOA 2,5 cadres A à temps plein de 2013 à 2017.

Les coûts de collecte de l'enquête VQS sont estimés à 1 000 000€, ceux de l'enquête « CARE ménages, volets seniors et aidants » à 1 800 000€ et ceux de l'enquête « CARE institutions, volets seniors et aidants » à 1 000 000€.

Annexe 1 : sources existantes

- **Sur la connaissance de la population des personnes âgées dépendantes**

Au niveau européen, l'enquête European Union Statistics on Income and Living Conditions (**EU-SILC**) ou Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV), ayant débuté en 2003, comporte des questions sur les limitations fonctionnelles que connaissent les interrogés. Cette enquête longitudinale en population générale a ainsi permis une première approche européenne sur le lien entre perte d'autonomie et ressources pour y faire face. Elle n'a cependant pas pour vocation l'étude de la dépendance. Par conséquent, elle ne fournit qu'un échantillon limité de personnes âgées (3 500 individus de plus de 65 ans en 2005 en France métropolitaine) et ne donne que de peu de renseignements sur les degrés de dépendance de celles-ci (pas de grille AGGIR, Katz ou Colvez).

Depuis 2004, a lieu l'enquête **SHARE** (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) tous les deux ans. C'est une enquête européenne spécifique sur la population âgée de 50 ans ou plus. Elle couvre de nombreux domaines : la santé, la prise en charge médicale, l'entrée en dépendance, la participation au marché du travail, les conditions de vie et l'environnement social. Mais l'enquête SHARE s'intéresse particulièrement aux jeunes seniors (50-59 ans) et ne surreprésente pas les personnes âgées dépendantes. Ainsi, le nombre d'individus supposés dépendants est faible (entre 600 et 1 300 selon la définition choisie). Par ailleurs, l'identification des personnes dépendantes est éloignée de celle de Handicap-Santé, ne permettant pas de comparabilité (pas d'estimation GIR⁸ possible, questions et modalités de réponses différentes sur les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité).

L'**ESPS** (enquête santé et protection sociale) est une enquête française en population générale existant depuis 1988. Elle s'intéresse aux caractéristiques de l'individu enquêté et à celles de son ménage, à la couverture médicale, au renoncement aux soins, au logement, au contexte social, à l'état de santé, aux conditions de travail et aux revenus. Elle a introduit en 2012 un module « dépendance » renseignant sur les incapacités des individus. Cette enquête en population générale capte peu d'individus âgés : 3 000 individus de 65 ans ou plus (2010). Par ailleurs, la population dépendante n'est pas surreprésentée et est difficile à identifier. Par exemple, beaucoup de questions sont absentes du questionnaire ESPS (cohérence et orientation notamment). Selon la définition retenue de la dépendance, l'enquête ESPS recense entre 55 et 1 055 individus dépendants.

Les enquêtes **EHPA** (Établissements d'hébergement pour personnes âgées) de la DREES fournissent des informations sur les personnes âgées hébergées en institutions : maisons de retraite, logements-foyers, unités de soins de longue durée, résidences d'hébergement temporaire, établissements expérimentaux et hospices. Ces enquêtes (EHPA 2003, 2007, 2012) exhaustives sont réalisées par voie postale et internet auprès des gestionnaires d'établissements. L'objectif principal des enquêtes EHPA est de connaître l'offre de places en institutions pour personnes âgées et son évolution, ainsi que la clientèle et le personnel. Ces enquêtes recensent les individus hébergés, mais très peu de questions portent sur les caractéristiques de ces personnes. Par ailleurs, elles n'informent pas sur les ressources que reçoivent les individus (prestations invalidité/dépendance, obligation alimentaire etc.) et elles se fondent uniquement sur des grilles d'évaluation administratives (grille AGGIR pour la dépendance par exemple). Enfin, elles ne renseignent pas le champ du domicile.

Depuis 2002, la DREES réalise chaque année⁹, auprès de tous les conseils généraux, deux enquêtes : une sur les bénéficiaires de l'**aide sociale départementale** au 31 décembre et une sur les dépenses annuelles d'aide sociale départementale (Enquêtes annuelles sur les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale départementale). Sont collectés les caractéristiques des bénéficiaires ainsi que le niveau des dépenses, brutes et nettes, des différentes prestations d'aide sociale départementale. Pour l'APA, sont collectés des compteurs sur le nombre de personnes par âge, sexe et lieu de vie ; pour la PCH¹⁰ et l'ACTP¹¹, est collecté le nombre de personnes bénéficiaires de 60 ans

⁸ Le GIR est une estimation du degré de dépendance, évalué à partir de la grille AGGIR.

⁹ Chaque trimestre jusqu'à fin 2011.

¹⁰ Prestation de compensation du handicap

¹¹ Allocation compensatrice pour tierce personne

ou plus ; est également demandé le nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

En 2008-2009, la DREES a collecté des données individuelles sur 500 000 bénéficiaires de l'APA dans le cadre des **remontées individuelles** de l'allocation personnalisée d'autonomie. Ces données sont extraites des bases de gestion APA d'un échantillon de conseils généraux. Elles ne concernent donc que les bénéficiaires de l'allocation. Une nouvelle opération de collecte est menée en 2012-2013 auprès de 70 conseils généraux. L'objectif est d'enrichir et d'actualiser les informations sur les bénéficiaires de l'APA et leurs ressources, les évaluations GIR de ces personnes, le parcours dans l'APA de ces bénéficiaires, le contenu et les montants des plans d'aide à domicile, les montants versés par le conseil général. Des informations sur les bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) seront également collectées et étudiées : caractéristiques des bénéficiaires et obligés alimentaires, patrimoine. La qualité et la nature des informations collectées dépendent étroitement de la complétude des bases de gestion des départements. La démarche de demande d'APA étant volontaire, cette enquête ne permet pas de connaître de façon précise le nombre de personnes âgées dépendantes pour la France entière, ni son évolution ou sa répartition selon le niveau de dépendance puisque tous les individus dépendants ne recourent pas à l'APA.

L'enquête « **comportements de santé** » (ou Baromètre santé) (2010) de l'INPES relate des comportements et attitudes de santé des Français. Elle concerne près de 28 000 personnes de 15 à 85 ans, contactées par téléphone. Les thèmes de cette enquête sont multiples : perceptions de santé, qualité de vie, poids et troubles des conduites alimentaires, consommations de soins et de médicaments, événements de vie et violence, sommeil, maladies chroniques, handicaps, maladie d'Alzheimer, accidents. Cette enquête n'est appariée avec aucune donnée économique ou de santé. Elle exclut les plus de 85 ans, les personnes en institution et les personnes n'ayant pas accès au téléphone.

Plusieurs cohortes ayant pour objectif le suivi des personnes âgées ont aussi vu le jour. C'est notamment le cas de la cohorte **Paquid**, ayant débuté en 1988 dans la Gironde et la Dordogne, auprès de 3 777 individus. L'objectif de cette cohorte était d'identifier les sujets à haut risque de détérioration physique ou intellectuelle, pour lesquels une action préventive serait possible. Pour ce faire, étaient réalisées en amont une évaluation neuropsychologique complète et une recherche active des cas de démence (maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés) pour chaque individu. De nombreuses autres données ont également été recueillies : données sociodémographiques, informations relatives aux habitudes de vie, aux conditions de vie et à l'état de santé. Les cohortes **3C** (3 Cités), **Haute Normandie** et **AMI** reprennent les mêmes objectifs. La plupart de ces cohortes ont l'avantage de combiner données médicales, démographiques, économiques et sociales, mais s'intéressent à des territoires spécifiques. Elles ne sont donc pas représentatives de la France entière. De plus, ces cohortes ne prévoient aucun appariement permettant de redresser la non-réponse partielle et les biais de mémoire, sur des variables telles que la consommation de soins ou les revenus détaillés.

- **Sur la connaissance de l'aide professionnelle et l'aide de l'entourage spécifique à la dépendance**

Les enquêtes « **Handicap-Santé** » (HS) ont interrogé les aidants de l'entourage (volet auprès des aidants informels – « HSA »). L'enquête auprès des aidants a permis d'observer les liens entre les aidants et les aidés ainsi que la nature de l'aide fournie. Cette enquête a considérablement enrichi la connaissance des aidants informels. En la renouvelant, nous disposerions de données en évolution.

L'enquête **EU-SILC** permet de disposer de questions sur la dépendance mais ne fournit aucune information sur les aides techniques et humaines que reçoivent les interrogés, seules les aides financières du type allocations sont renseignées.

L'enquête **SHARE** offre un large éventail de questions liées à la dépendance et à la prise en charge médicale, technique et humaine des personnes limitées. Mais, s'intéressant aux jeunes seniors, elle ne permet pas de disposer d'un échantillon large de personnes aidées.

La Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et la Mutualité sociale agricole (MSA) ont mis en place, en collaboration avec la DREES, un suivi trimestriel de l'**aide ménagère** relevant de leurs caisses de retraite en métropole. Il inclut l'ensemble des caisses régionales. Cette information, ajoutée à celle fournie par les Conseils généraux, permet de suivre trimestriellement l'évolution du nombre de bénéficiaires d'aides ponctuelles à domicile.

La DREES a effectué en 2009 une enquête ponctuelle (**SSIAD 2008**) auprès de l'ensemble des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalents d'aide et soins à domicile (SPASAD) situés en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. L'enquête SSIAD 2008 fournit des données globales sur l'activité, le personnel et les bénéficiaires de ces services. Pour les SPASAD, seule la partie de leur activité relative aux soins infirmiers à domicile est concernée.

Ces dernières sources de données relatives aux soins dispensés au domicile sont fragmentaires. En effet, elles ne font état que d'une partie des soins que reçoivent les individus et ne s'intéressent qu'à une fraction de la population – celle recevant des soins à domicile de la part de ces services. Par ailleurs, ces enquêtes ne permettent pas d'identifier les besoins des individus.

L'enquête **Emploi du temps** (EdT) de l'INSEE collecte les activités des individus tous les 10 ans environ. La dernière enquête disponible est celle de 2009-2010. C'est une enquête en population générale, qui compte environ 3 500 individus âgés de 65 ans ou plus, dont près de 700 déclarent avoir eu besoin d'aides pour des tâches quotidiennes au cours des quatre semaines précédant l'interview. Mais peu de renseignements sont donnés sur l'état de santé de l'individu. Il est aussi possible d'identifier des aidants informels : 1 000 personnes déclarent s'occuper d'au moins un adulte d'un autre ménage.

- **Sur l'évaluation du reste à charge lié à la dépendance et les moyens pour le financer**

Le reste à charge lié à la dépendance est défini par la différence entre le coût et les aides financières liées à la prise en charge de la dépendance. Pour y faire face, les individus puisent dans leurs ressources personnelles (revenus du travail, du capital, retraite, allocations et prestations, désépargne...) ou bénéficient d'aides financières, humaines ou matérielles de la famille.

Les enquêtes « **Handicap-Santé** » ont fait l'objet de nombreuses études. Leur exploitation est toujours en cours, mais la problématique de la prise en charge de la dépendance n'est que partiellement abordée dans le questionnaire et ne peut pas être évaluée à partir de ces enquêtes.

L'enquête « consommation de soins » (**ESPS**) étant appariée avec les données de consommations de soins (EPAS/EGB), elle permet d'observer le recours au système de santé et la prise en charge par l'Assurance Maladie des différents niveaux de dépendance. Par ailleurs, elle recense les ressources dont bénéficie l'interrogé, notamment l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Il n'y a cependant que 55 personnes dans la base déclarant bénéficiaire de l'APA (en 2010). De plus, des données économiques et de prise en charge hors Sécurité Sociale sont demandées mais faiblement renseignées. Un nouveau module a été introduit en 2012 permettant de mieux cibler ce que payent les individus, dans le cadre de la dépendance. Mais celui-ci risque d'être supprimé dans la prochaine enquête, car il est lourd et non prioritaire.

L'INSEE réalisait tous les 10 ans une **enquête sur la santé et les soins médicaux** (dernière édition en 2002-2003), dans le but de décrire l'état de santé de la population, sa consommation de soins et sa protection sociale. Par son effectif et sa durée¹², elle permet de mettre en évidence des évolutions. Celle-ci ne s'intéressant pas spécifiquement à la dépendance, les renseignements sur le degré de dépendance sont réduits et de nombreuses aides financières, techniques ou humaines que reçoivent les individus sont absentes. L'évaluation des charges et ressources des individus dépendants est donc limitée. La DREES assurera la maîtrise d'ouvrage de la prochaine enquête (2014) qui s'ancrera dans un dispositif européen et sera adossée à ESPS 2014.

L'enquête **SHARE** informe sur le reste à charge médical supporté par les individus, les autres dimensions du reste à charge ne sont pas abordées. De plus, la portée européenne de l'enquête fait disparaître les spécificités françaises notamment sur les prestations reçues par les individus. Par

¹² Cette enquête se déroule d'octobre à septembre de l'année suivante pour limiter les effets saisonniers.

ailleurs, le nombre d'individus supposés dépendants est faible (entre 600 et 1 300 selon la définition choisie).

Les **remontées individuelles** de l'allocation personnalisée d'autonomie fournissent des éléments quantitatifs sur les ressources et les montants des plans d'aide à domicile des bénéficiaires de l'APA versés par le conseil général. L'évaluation du reste à charge se focalise uniquement sur les APAistes. Or, le non-recours ou l'exclusion du dispositif de l'APA n'est pas négligeable chez les personnes en perte d'autonomie. Il n'est donc pas possible d'évaluer le reste à charge lié à la dépendance au niveau national à partir de cette enquête. Par ailleurs, sont absentes des données collectées les dépenses liées à la dépendance autres que les aides humaines financées par l'APA, notamment les dépenses des bénéficiaires au-delà des plafonds de l'APA (environ 40 % des montants des plans d'aide APA sont au plafond).

Enquête Nationale sur les Ressources des Jeunes (ENRJ)

1. Intitulé de l'enquête

Enquête Nationale sur les Ressources des Jeunes (ENRJ).

2. Service producteur

- La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) – Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

- L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE).

La DREES et l'INSEE ont noué un partenariat pour la co-maitrise d'ouvrage.

3. Service réalisant la collecte

L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE).

4. Historique de l'enquête

L'Enquête nationale sur les ressources des jeunes (ENRJ) est une nouvelle enquête.

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

Cette enquête n'est pas une reconduction.

6. Objectifs généraux de l'enquête – Principaux thèmes abordés

L'Enquête Nationale sur les Ressources des Jeunes (ENRJ) vise à répondre au manque d'information statistique sur les ressources des jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans.

L'opération se donne comme premier objectif de décrire le plus finement possible les différentes ressources des jeunes adultes enquêtés : celles émanant d'activités rémunérées, celles correspondant à des transferts sociaux et celles provenant des transferts monétaires en nature¹³ reçus des parents ou d'autres ménages. Une attention particulière sera apportée aux transferts financiers et aux aides reçues par les jeunes de leurs parents. En effet, pour les jeunes adultes, et plus particulièrement les jeunes adultes étudiants qui ont décohabité, l'aide des parents constitue une ressource essentielle. Afin de répondre à ces objectifs une double interrogation des jeunes adultes d'une part et leurs parents d'autre part sera mise en place.

L'enquête auprès des jeunes adultes permettra notamment d'apporter des informations pour préciser la mesure du niveau de vie de cette population et de répondre à des questions essentielles en termes de politique publique. Elle sera l'occasion d'approfondir des questions sur la nature et l'évaluation des ressources à prendre en compte dans la définition du niveau de vie de cette tranche d'âge.

L'interrogation des parents nous permettra de mettre en regard l'évaluation par les jeunes des aides reçues et celle qu'en font les parents, pour mieux mesurer notamment la charge budgétaire que représente le jeune sur le budget des parents.

Les principaux thèmes abordés dans le cadre de l'opération sont les suivants :

- les caractéristiques des ressources des jeunes adultes de 18 à 24 ans : nature, fréquence et montant ;

¹³ Dons de nourriture, mise à disposition d'un logement, d'une voiture, services comme la prise en charge du ménage, la garde des enfants en bas âge du jeune...

- le recensement des aides reçues et données par les parents du jeune (et le cas échéant d'autres ménages ou individus) ;
- les ressources nécessaires aux jeunes adultes afin d'accéder à l'autonomie ;
- le poids de l'aide aux jeunes adultes dans le budget des parents
- les relations entre les jeunes adultes et leurs parents.

7. Origine de la demande et utilisateurs potentiels des résultats

La situation et les perspectives que la société offre aux jeunes, en particulier leur risque de pauvreté, sont l'objet de préoccupations grandissantes aussi bien en France que dans l'ensemble des pays européens.

L'Enquête Nationale sur les Ressources des Jeunes (ENRJ) s'inscrit dans le cadre de la demande politique d'une meilleure connaissance de la population des jeunes adultes, et particulièrement dans le domaine des ressources, sur lesquelles peu d'informations sont disponibles afin d'orienter les politiques publiques à leur destination.

Le Ministère des affaires sociales et de la santé a porté cette demande auprès de son service statistique. Le projet trouve par ailleurs une place naturelle dans les champs d'études de la Drees, avec l'activité du bureau de la jeunesse et de la famille. Mais la connaissance de la distribution des ressources des ménages et des individus est aussi une mission de l'Insee, d'où l'engagement de l'Insee dans ce projet d'enquête. Les deux organismes se proposent de collaborer pour produire une information approfondie sur les ressources des jeunes.

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

Il n'existe que très peu de sources capables de rendre compte de la situation des jeunes adultes en France et de leurs ressources.

La source administrative de référence pour la mesure du niveau de vie des personnes est *l'enquête sur les revenus fiscaux et sociaux* (ERFS). ERFS présente cependant des limites importantes s'agissant de l'évaluation du niveau de vie des jeunes adultes, limites qui conduisent la division Revenu et Patrimoine des Ménages de l'INSEE à exclure les ménages dont la personne de référence est étudiante des résultats publiés annuellement sur le niveau de vie de la population.

Parmi les enquêtes disponibles en France, seule l'enquête *Jeunes et Carrières*, enquête complémentaire à l'enquête *Emploi* réalisée en 1997, a eu parmi ses objectifs principaux de collecter de l'information sur les ressources des jeunes adultes. Les enquêtes réalisées depuis, que ce soit en population générale ou auprès du public particulier des jeunes adultes, ne permettent pas une évaluation précise de ces ressources.

Les enquêtes en population générale, quand bien même elles mettent l'accent sur la mesure des revenus, ne prennent pas bien en compte les particularités des jeunes adultes :

- le panel SRCV est certainement la source qui fournit la description de loin la plus précise des ressources des jeunes adultes. Cette enquête souffre néanmoins de nombreuses limites qui ne permettent pas de fournir une évaluation satisfaisante de ces ressources ; notamment seuls les transferts réguliers et monétaires y sont recueillis ;
- les enquêtes *Emploi*, *Emploi du temps* ou *Budget de famille* (Insee) sont encore moins détaillées concernant les ressources et - excepté l'enquête *Emploi* - ont une taille des échantillons qui limite le nombre de jeunes adultes entre 18 et 24 ans observés (de 1500 à 2000 environ).

Les enquêtes réalisées auprès du public particulier des jeunes adultes ne permettent pas d'établir une bonne mesure du niveau de vie des jeunes adultes :

- l'enquête *Entrée dans la vie adulte* (EVA) réalisée par l'Insee entre 2005 et 2012 dans le prolongement des panels de la DEPP ou encore les enquêtes *Génération* du Céreq se concentrent surtout sur la thématique de l'entrée dans la vie active et cernent mal les ressources de jeunes ;

- l'enquête *Conditions de vie et aspirations des Français* (Credoc) ou celle sur les conditions de vie des étudiants de l'Observatoire de la vie étudiante (OVE) qui a pour objectif de décrire précisément la situation des jeunes étudiants ne permettent pas non plus de connaître précisément les ressources des jeunes adultes (dans leur globalité).

9. Insertion dans un système d'information

Cette enquête ne s'insère pas dans une enquête comportant plusieurs volets ou plusieurs vagues successives. En revanche, il est prévu de réaliser un appariement avec les données fiscales des parents, afin de déterminer le niveau de vie de cette population. Il n'est pas prévu d'appariement pour les jeunes adultes en raison de la moindre pertinence de cette source pour cette population.

Par ailleurs, le questionnaire ne pouvant à lui seul couvrir l'ensemble des thématiques liées à l'accès à l'autonomie, aux échanges intergénérationnels et à la pluralité des formes d'aides et des aidants, il est envisagé de réaliser une post-enquête qualitative. Il sera ainsi demandé aux enquêtés (jeunes et parents) s'ils acceptent la visite d'un chercheur pour un entretien plus approfondi après cette enquête.

L'opportunité est demandée pour l'enquête et la post-enquête.

10. Cible de l'enquête

L'unité enquêtée est d'abord le jeune adulte de 18 à 24 ans. L'enquête visant principalement à répondre aux difficultés de mesure des ressources des jeunes, nous nous concentrons sur la période entre 18 et 24 ans où s'opèrent les principales transformations dans le parcours de vie des jeunes : 21 ans est l'âge médian de la fin des études et de l'accès au premier emploi (stable ou non) et 23 ans l'âge médian de la décohabitation. Une fois passées ces grandes étapes, les ressources des jeunes sont plus facilement appréhendables avec les enquêtes sur les revenus fiscaux et sociaux.

Par ailleurs, le choix de cette tranche d'âge correspond à une volonté de se concentrer sur une période durant laquelle les jeunes adultes ne sont pas bénéficiaires de l'ensemble des minima sociaux et notamment du Revenu de solidarité active (sauf exceptions). Les jeunes adultes entre 18 et 24 ans sont en effet particulièrement dépendants de l'aide de leurs parents. Or, les transferts intrafamiliaux financiers ou en nature sont un point d'intérêt de l'enquête. C'est pourquoi nous enquêtons également les parents des jeunes enquêtés.

L'échantillonnage des jeunes adultes se réalise en deux phases, représentant deux cibles de l'enquête :

- pour les jeunes adultes vivant en logement ordinaires, un échantillonnage de logements dans l'échantillon-maître ; puis, dans chaque logement, le tirage d'un individu (jeune adulte) Kish ;

- pour les jeunes adultes vivant en communauté, une communauté est échantillonnée (ex : cité universitaire) et une ou plusieurs chambres sont tirées dans la liste des chambres occupées. L'occupant de la chambre est sélectionné s'il entre dans le champ. On pourra éventuellement procéder au tirage d'un individu Kish dans le cas où on y trouverait plusieurs occupants.

11. Champ de l'enquête

L'enquête vise à interroger tous les jeunes de 18 à 24 ans, résidant en France toute ou une partie de l'année, quelle que soit leur situation familiale, de logement et d'emploi, ainsi que leurs parents s'ils résident en France.

12. Champ géographique de l'enquête

L'enquête couvre la France entière. La réalisation d'extensions à hauteur de 1 500 fiches adresse par DOM, est envisagée.

13. Bases de sondage, échantillonnage

L'enquête aura lieu sur la base d'un échantillon de logements tiré au printemps 2014 dans une base de sondage au 1^{er} janvier 2013. La base de sondage principale envisagée est l'échantillon-Maître OCTOPUSSE. OCTOPUSSE ne couvrant que les logements des ménages ordinaires, un échantillon complémentaire sera tiré dans le répertoire des communautés (internats, foyers étudiants, foyers de jeunes travailleurs).

L'enquête vise 5 000 jeunes répondants (hors DOM) : 4 000 en logements ordinaires, 1 000 en communauté.

Le volet des parents est estimé à 6 000 parents répondants (hors DOM). En effet, dans le cas où les parents sont séparés (c'est le cas pour environ 20 % des jeunes du champ) les deux parents seront interrogés.

14. Mode de collecte

Plusieurs modes de collecte sont envisagés compte tenu des difficultés liées à l'interrogation de la population des jeunes adultes et au protocole d'enquête prévoyant d'interroger les jeunes adultes et leurs parents. La collecte sera réalisée sous CAPI en face à face (FAF) ou par téléphone¹⁴.

L'enquête se compose de trois questionnaires différents et indépendants qui peuvent être passés dans des ordres différents :

- un questionnaire qui reprend le tableau des habitants du logement ;
- un questionnaire pour les jeunes adultes ;
- un questionnaire pour les parents.

¹⁴ La MOA investit également par ailleurs une possible interrogation par internet dite de « rattrapage » pour certains cas particuliers (les jeunes Français qui sont à l'étranger). La présente enquête prévoit également une expérimentation internet réalisée par l'Insee.

Le tableau ci-dessous donne une image schématique du mode de passation des questionnaires et de l'enchaînement des questionnaires. Précisons que la première personne interrogée est la personne présente au domicile au moment du premier passage de l'enquêteur.

| Mode de cohabitation | Présence de la mère dans le logement | Présence du père dans le logement | Parents vivent-ils ensemble ? | Enchaînement des questionnaires | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| | | | | 1ère personne interrogé | 2ème personne interrogé | 3ème personne interrogé |
| Le jeune adulte cohabite avec au moins l'un de ces parents | Vit dans le logement | Vit dans le logement | | Jeune (FAF) ou Parents (FAF) | Jeune (FAF) ou Parents (FAF) | |
| | Vit dans le logement | Vit ailleurs | | Jeune (FAF) ou mère (FAF) | Jeune (FAF) ou mère (FAF) | Père par téléphone |
| | Vit ailleurs | Vit dans le logement | | Jeune (FAF) ou père (FAF) | Jeune (FAF) ou père (FAF) | Mère par téléphone |
| Le jeune adulte ne vit plus chez ses parents | | | Parents ensemble | Jeune (FAF) | Père ou Mère (téléphone) | |
| | | | Parents séparés | Jeune (FAF) | Père (téléphone) | Mère (téléphone) |

15. Date et périodicité de la collecte

La collecte de l'enquête est prévue du 1er octobre au 31 décembre 2014 pour une durée approximative de 14 semaines.

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

La durée de l'entretien pour les jeunes adultes est estimée à 45 minutes en moyenne et la durée des entretiens de parents à 30 minutes. Les questionnaires sont donc prévus pour être passés sous CAPI.

Aucune question sensible n'est envisagée.

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

Le comité de pilotage est composé des

1) des représentants de la co-maîtrise d'ouvrage Insee-Drees : il s'agit

- pour l'Insee, du chef du département des prix à la consommation des ressources et des conditions de vie des ménages

- pour la Drees, de la sous-directrice de l'Observation de la solidarité

2) des représentants de la maîtrise d'œuvre statistique et informatique, assurée par l'Insee.

Un comité de suivi est créé : il se compose des membres du comité de pilotage en charge des questions opérationnelles.

Le comité d'experts et de concertation a également été réuni pour la préparation du questionnaire. Il est composé des membres suivants :

- Jérôme Accardo, (Insee)
- Sophie Ponthieux, (Insee)
- Magda Tomasini, (Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé)
- Thibaut de Saint Pol (Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé)
- Mickaël Portela (Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé)
- Émile Raynaud (Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé)
- Laurence Dauphin (SIES - Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche)
- Nadine Laïb (SIES - Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche)
- Olivier Galland (CNRS - GEMASS Université Paris IV)
- Myriam Gargasson (DGCS)
- Nicolas Herpin (Insee, CNRS)
- Daniel Verger (Insee)
- Nadia Kesteman (CNAF)
- Françoise Labadie (INJEP)
- Joaquim Timoteo (INJEP)
- Arnaud Regnier-Loilier (INED)
- Olivier Monso (DEPP - Ministère de l'Éducation nationale)
- Patrick Pommier (DARES - Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social)
- Patrick Thiery (MEOS - Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative)
- Élise Verley (OVE- GEMASS Université Paris IV)

Par ailleurs, les organisations étudiantes et les mouvements de jeunesse représentés au sein du Forum de la jeunesse ou représentés au Conseil Économique, Social et Environnemental seront également consultés dans le cadre d'une présentation de l'enquête et du questionnaire.

18. Exploitation et diffusion des résultats

Les résultats seront diffusés dans le cadre des publications de la DREES (*Études et Résultats, Dossiers solidarité santé* etc.) et de l'INSEE (*Insee Première* ; voire la réalisation d'un numéro spécial

de la revue *Économie et Statistique*). Le groupe d'experts se verra également proposer de se transformer en comité d'exploitation de l'enquête.

Les données anonymisées seront transmises aux partenaires de l'enquête (par le biais d'une convention), ainsi qu'aux chercheurs extérieurs via le réseau Quételet et aux autres services statistiques ministériels.

Un appel à proposition d'études et/ou de recherche pourrait être lancé à la suite de l'enquête.

| Type de diffusion envisagée selon la codification * | Période de diffusion envisagée | Niveau géographique envisagé pour les résultats (France entière ou métropole seule, régions, départements) | Remarques |
|--|--------------------------------|--|--|
| 3 | 2 nd semestre 2015 | France entière | <i>Études et Résultats</i> |
| 3 | 2 nd semestre 2015 | France entière | <i>Insee Première</i> |
| 2 | 1 ^{er} semestre 2016 | France entière | Diffusion des bases anonymisées à nos partenaires et aux chercheurs extérieurs |
| 4 | 1 ^{er} semestre 2016 | France entière | <i>Études et Résultats / Dossiers Solidarité et Santé</i> |
| 4 | 2017 | France entière | Numéro spécial de la revue <i>Économie et Statistique</i> |

* 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 multi-sources...

5 - Valorisation, communication : site internet dédié, séminaire, conférence...

19. Moyens humains et financiers mobilisés pour l'enquête

Les moyens humains affectés à la préparation de l'enquête représentent au total 7,5 ETP (niveaux A et B).

Le coût total (interne et externe) de l'enquête est estimé à 2 millions d'euros pour la métropole. S'y ajoutent environ 200 000 euros par DOM. Dans l'optique où trois DOM (la Réunion, la Guyane, et la Guadeloupe ou la Martinique) seraient retenus cela porterait le coût total de l'enquête pour la France et les DOM à environ 2,6 millions d'euros.

Le financement est assuré à égalité par la Drees et l'Insee. Une convention est en cours d'élaboration.

Procédures particulières : Néant

Enquête santé et protection sociale (ESPS)

1. Intitulé de l'enquête

Enquête santé et protection sociale, ESPS

2. Service producteur

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES).

3. Service réalisant la collecte

La collecte de l'enquête ESPS est confiée à un institut de sondage privé. Depuis 1988, c'est la société Gfk ISL (anciennement ISL) qui réalise le terrain de l'enquête.

4. Historique de l'enquête

L'enquête ESPS est réalisée depuis 1988, annuellement jusqu'en 1998, bis-annuellement depuis. En 1998, le changement de périodicité s'est accompagné d'un doublement de la taille de l'échantillon mis sur le terrain à chaque vague. De 1988 à 2008, l'échantillon était constitué à partir de l'Echantillon permanent des assurés sociaux (EPAS). Depuis 2010, il est construit sur l'Echantillon généraliste de bénéficiaires (EGB).

L'enquête ESPS est appariée avec les données administratives de remboursement des soins provenant des caisses d'Assurance maladie. Les données de la CNAM-TS le sont depuis 1988, celles du RSI depuis 1994 et de la MSA depuis 1996. En 2014, il est envisagé d'élargir ce champ aux principaux régimes spéciaux et Sections locales mutualistes (SLM).

En 2014, l'enquête ESPS servira de support à l'enquête européenne déclarative sur la santé European Health Interview Survey (EHIS) pilotée pour la France par la Drees.

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

En 2012, ce sont 18 530 adresses qui ont été transmises à la société d'enquête, dont 18 153 (98 %) ont été exploitées sur le terrain / 11 021 en face-à-face et 7 132 au téléphone.

Bilan des 11 021 adresses traitées en face-à-face.

523 (5 %) sont hors-champ (personnes décédées, en institution, non francophones...).

3 034 (27 %) sont non-jointes.

7 464 (68 %) sont jointes, dont :

- 4 495 (60 %) sont réalisées.
- 2 969 (40 %) font l'objet d'un refus.

Bilan des 7 132 adresses traitées au téléphone.

148 (2 %) sont hors-champ (personnes décédées, en institution, non francophones...).

1 671 (23 %) sont non-jointes.

5 313 (75 %) sont jointes, dont :

- 3 970 (75 %) sont réalisées.
- 1 343 (25 %) font l'objet d'un refus.

Ce sont ainsi 8 465 ménages et 23 182 personnes qui ont participé à l'enquête en 2012.

Les informations détaillées sur les résultats des différentes vagues de l'ESPS sont accessibles dans les rapports ESPS à l'adresse <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Enquetes/ESPS/index.html>.

Les données de l'enquête ESPS font systématiquement l'objet d'un rapport IRDES donnant des informations sur la méthodologie et le bilan du terrain. Ce rapport contient également un ensemble de

tableaux donnant les résultats détaillés de l'enquête (état de santé, recours aux soins, protection sociale) croisés avec les principales informations sociodémographiques recueillies dans l'enquête (âge, sexe, niveau social, protection sociale...). Le rapport est complété de chapitres permettant d'introduire des travaux de recherche programmés sur les données de l'ESPS.

Les données de l'ESPS sont également reprises dans des rapports officiels et des tableaux de bord de suivi des politiques (la loi de Santé Publique, le rapport de l'Onzus, les programmes de qualité et d'efficience (PQE) de la Direction de la Sécurité Sociale, le rapport de suivi de l'objectif de réduction de la pauvreté...).

Elles font également l'objet de travaux de recherche qui donnent lieu à des documents de travail et des publications dans des revues scientifiques et Questions d'Economie de la Santé de l'IRDES.

Pour plus d'informations sur les publications à partir de l'ESPS :

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/Enquetes/ESPS/index.html>.

6. Objectifs généraux de l'enquête – Principaux thèmes abordés

L'enquête ESPS est une enquête pluridisciplinaire, appariée à des données administratives, et ayant une dimension de panel.

- L'enquête ESPS est constituée d'un important module permanent qui permet l'analyse de problématiques complexes mettant en jeu simultanément la consommation de soins, l'état de santé, le niveau d'assurance en santé, le statut économique et social.
- Chaque vague de l'enquête ESPS propose des modules ponctuels. Ces modules permettent de contribuer à l'évaluation des politiques publiques (CMU, médecin traitant, franchises médicales, loi Evin...), d'aborder des questions de recherche (pratiques spatiales d'accès aux soins, conditions de travail et recours aux soins, transmission intergénérationnelle des inégalités de santé...) et de traiter des problématiques spécifiques ou d'actualité en économie de la santé ou en santé publique (assurance dépendance, asthme, les problèmes de sommeil...).
- La moitié de l'échantillon est appariée avec des données administratives de liquidation issues du Sniiram. Cet appariement permet de connaître l'exhaustivité des recours aux soins ayant fait l'objet d'un remboursement des enquêtés, et donc de mener des analyses fines, par type de soins, et fiables, c'est-à-dire non limitées par des biais de déclaration.
- L'ESPS permet d'entreprendre des études longitudinales, car le mode de sondage de l'échantillon dans les fichiers des caisses d'assurance maladie permet de suivre à un intervalle de 4 ans une partie des individus enquêtés, l'évolution de leur état de santé, de leurs consommations de soins et de leur niveau de couverture sociale.

Les questions abordées de façon permanente par thèmes sont les suivantes :

- Le statut économique et social : âge, sexe, profession et statut dans l'emploi, niveau d'études, revenus du ménage, y compris les prestations et autres allocations, composition du ménage, vulnérabilité, capital social.
- L'état de santé et la santé perçue, y compris le fonctionnement physique et mental, les limitations fonctionnelles et restrictions d'activité ; la morbidité ; les accidents et blessures.
- L'accès et le recours aux soins préventifs et curatifs ; les vaccinations et dépistages pour certaines maladies transmissibles.
- Les habitudes de vie (alimentation, activité physique, consommation de tabac, alcool).
- L'assurance santé : régime de Sécurité sociale, couverture complémentaire, CMUC, ACS, exonération du ticket modérateur.

7. Origine de la demande (règlement communautaire, demande ministérielle, débat public...) et utilisateurs potentiels des résultats

• La demande

En 1988, la CNAMTS et l'IRDES décident de mettre en place l'enquête ESPS dans le but d'enrichir les données administratives de l'Échantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS). Le RSI et la MSA s'y associent en 1994 et en 1996.

Depuis 2000, la Drees participe au financement de l'enquête et l'enrichit par un certain nombre de questions supplémentaires.

Depuis 2002, l'InVS est un partenaire financier régulier de l'enquête.

En 2014, l'enquête ESPS hébergera le questionnaire de l'European Health Interview Survey (EHIS) dont la Drees est maîtresse d'ouvrage. Le questionnaire santé européen est issu du règlement d'application n° 141-2013 adopté le 19 février 2013, qui relève 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 (EHIS, European Health Interview Survey). Le règlement d'application (consultable via le lien suivant : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:047:0020:0048:FR:PDF>) fixe les variables à fournir (4 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, la période d'enquête (2014 +/- 1 an) 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. L'enquête EHIS a pour objectif de collecter les informations nécessaires pour répondre à ce règlement.

• Les utilisateurs potentiels

Les données de l'enquête ESPS alimentent les travaux des institutions et organismes de recherche dans le domaine de la protection sociale et de la santé, à l'exclusion des utilisations commerciales. Les acteurs de la santé et de la protection sociale : IRDES, Drees, DARES, CNAM-TS, FNMF, RSI, MSA, DSS, INSEE, INSERM, INED, Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Observatoires Régionaux de Santé, mais aussi institutions internationales et centres de recherche étrangers.

Les données de l'ESPS sont utilisées pour alimenter les indicateurs de la loi de santé publique, des programmes de qualité et d'efficacité (PQE) de la Direction de la Sécurité sociale, le rapport de suivi de l'objectif de réduction de la pauvreté, le rapport de l'Onzus...

Les données de l'enquête européenne EHIS seront transmises à Eurostat qui les diffusera à la communauté internationale des chercheurs. Ils serviront également à alimenter certains des indicateurs de santé de la Communauté européenne (ECHI) pour la France.

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 ESPS s'inscrit dans le paysage des enquêtes santé nationales en population générale au même titre que :

- Les enquêtes décennales de santé de l'Insee collectées entre 1960 et 2002.
- Les enquêtes handicap-santé de l'Insee et de la Drees : HID, 1998-2001 ; HS, 2008-2009, Care 2015-2016. Ces enquêtes surreprésentent fortement les ménages de personnes handicapées ou en mauvaise santé.
- Les enquêtes quinquennales Baromètre santé de l'INPES (dernière édition en 2010) axées sur les pratiques de prévention et les modes de vie en ce qu'ils ont un lien avec la santé (activité physique, addictions, santé mentale, comportements sexuels...).

L'enquête ESPS se distingue principalement par :

- Sa périodicité rapprochée, qui permet d'intégrer au fur et à mesure différents modules relatifs à l'évaluation des politiques publiques (CMU, médecin traitant, franchises médicales), à des questions au cœur du débat public (assurance dépendance) ou à des questionnements spécifiques sur des pathologies ou des comportements de soins (asthme, dépression, problème de l'enfance ...),
- La possibilité de mener des analyses longitudinales : le mode de tirage d'ESPS permet de suivre des individus à 4 ans d'intervalle. Ceci permet d'une part de mettre en évidence des causalités réciproques telles que celles entre statut social et état de santé, ou entre niveau d'assurance et consommation de soins ; d'autre part d'étudier des phénomènes dynamiques comme le vieillissement.
- Un volet protection sociale/assurance complémentaire renforcé. ESPS tente d'approcher les niveaux de garantie des contrats de couverture complémentaire.
- Enfin, l'appariement des données d'enquête avec les données administratives de prestations est réalisé depuis 1988. L'implémentation du codage des actes permettra d'approfondir l'observation des évolutions de consommations de soins.

D'autres enquêtes détaillent le lien entre santé et une autre thématique.

- Santé sexuelle et reproductive : enquête nationale périnatale Drees-DGS-INSERM U953 (1995, 1998, 2003, 2010), enquête Drees sur les femmes ayant eu recours à l'IVG en 2007, enquête FECOND (FEcondité-CONtraception-Dysfonctions sexuelles, 2010, unité mixte INSERM-INED).
- Santé-travail : enquête Changements organisationnels et informatisation (COI ; en 1997 et en 2006 ; Centre d'étude de l'emploi), Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER, dernière édition en 2009-2010, DARES), enquête Santé et itinéraire professionnel (DARES-Drees, 2 vagues en 2006 et 2010), enquêtes Conditions de travail (DARES, prochaine édition fin2012-début 2013), enquête sur les Risques psychosociaux au travail (2015, DARES).
- Santé, vieillissement, retraite : enquête SHARE (enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe ; panel biennal depuis 2004).

Le système d'information sur la santé est complété par des données administratives très riches qui fournissent une information localisée au niveau départemental ou communal sur l'offre et la consommation de soin, sur les causes de décès, les distances d'accès au soin et sur la morbidité hospitalière.

Il existe également désormais des cohortes (ELFE, CONSTANCES) qui sont principalement des outils pour la recherche épidémiologique.

En ce qui concerne le questionnaire de l'enquête européenne de santé EHIS, il aborde des thèmes souvent traités de façon plus approfondie dans d'autres enquêtes. Son principal intérêt est de couvrir tous ces champs dans une même enquête avec un questionnaire harmonisé au niveau européen et de proposer aux équipes de recherche en économie de la santé et en sciences sociales des modules de questions validés sur de nombreux thèmes. En cela, le questionnaire santé européen trouve bien sa place dans l'enquête ESPS qui est proche sur les thématiques autour de l'état de santé et du recours au soin et complémentaire sur la couverture maladie et la consommation de soins.

La Drees qui depuis 2010 assure seule la maîtrise d'ouvrage des enquêtes Santé, Handicap et Dépendance a ainsi décidé que le questionnement EHIS ne ferait pas l'objet d'une enquête ad hoc mais serait porté par l'enquête Santé et protection sociale de l'IRDES..

9. Insertion dans un système d'information

L'enquête ESPS est réalisée depuis 1988, annuellement jusqu'en 1998, bisannuellement depuis. Nous avons précédemment obtenu un avis d'opportunité pour les vagues 2008, 2010 et 2012.

La présente demande d'opportunité ne porte que sur la vague 2014 pour laquelle l'ESPS sera le support de l'enquête européenne EHIS pilotée pour la France par la Drees.

10. Cible de l'enquête

En 2014, la cible de l'enquête ESPS sera de l'ordre de 11 000 ménages et 30 000 personnes enquêtées, ce qui devrait permettre d'obtenir environ 17 000 répondants au questionnaire santé européen qui concerne les 15 ans ou plus. Le règlement d'application européen fixe une taille minimale de 13 500 questionnaires pour la France métropolitaine.

11. Champ de l'enquête (secteurs d'activité - préciser les codes NAF - ; taille de l'unité enquêtée ; catégories de ménages ou d'individus ; etc.)

Le champ habituel de l'enquête ESPS est celui des ménages ordinaires dont un membre au moins est bénéficiaire de l'un des trois principaux régimes d'Assurance maladie : la Cnamts (régime général), le RSI et la MSA.

En 2014, l'Irdes envisage d'élargir ce champ aux régimes spéciaux et Sections locales mutualistes les plus importants. Nous avons d'ores et déjà obtenu l'accord de la Camieg (industries électriques et gazières), du régime des clercs et employés de notaires et de la MGP (Police), de la CNMSS (les militaires) et de la MGP (Police). Le régime des CCI (Chambres de commerce et d'industrie) a rejoint le régime général. Des pourparlers sont en cours avec la SNCF, la MGEN (personnels de l'Education Nationale), les mutuelles étudiantes (Emevia, LMDE), la CNMSS (les militaires) et la MNH (les

hospitaliers). Ces organismes sont intéressés, mais nous n'avons à ce jour aucune certitude quant à leur participation en 2014.

12. Champ géographique de l'enquête

L'ESPS est représentative de la France métropolitaine. Un test d'exploitation des adresses des DOM est envisagé en 2104. Il n'est pas prévu d'extension régionale en 2014.

13. Bases de sondage, échantillonnage

Depuis 2010, l'échantillonnage de ESPS est un échantillonnage indirect tiré à partir de l'Échantillon Généraliste de Bénéficiaires (EGB), échantillon inter-régime au 1/97^{ème} du SNIIR-AM. Cet échantillon comprend les personnes couvertes par le Régime général, le RSI ou la MSA, et en 2014 les régimes spéciaux et SLM qui auront contracté avec l'Irdes pour participer à l'enquête ESPS. Il est constitué à partir de caractéristiques fixes de la clé du NIR. Ce procédé permet de conserver et de suivre les individus tirés dans le temps tout en maintenant la représentativité de l'échantillon (flux d'entrants dans le panel identique au flux de sorties (décès, etc.)). Le bénéficiaire de l'assurance maladie échantillonné dans la base d'échantillonnage et toutes les personnes résidant dans son logement sont interrogées en auto-questionnaire. Les échantillons des nouveaux régimes entrant dans le champ de l'enquête ESPS en 2014 seront constitués sur les mêmes critères que ceux retenus pour les régimes historiques de l'enquête, comme des sous-échantillons d'une base de sondage répondant à la définition de l'EGB.

Des échantillons de réserve, identiques en tailles et en caractéristiques aux échantillons principaux, sont constitués à chaque vague d'enquête pour répondre à des sollicitations particulières. Ainsi, depuis 2006, à la demande de la Drees, nous constituons un sur-échantillon de bénéficiaires de la CMUC avant de pouvoir mener des analyses représentatives sur cette population. Exceptionnellement, en 2014, nous solliciterons cet échantillon de réserve pour atteindre la cible de personnes répondantes définie par Eurostat.

14. Mode de collecte

L'ESPS est une enquête multimodes. Les adresses de l'échantillon ESPS font l'objet d'une recherche automatique des numéros de téléphone. Les ménages dont le numéro de téléphone a été trouvé sont enquêtés par téléphone. Les autres sont enquêtés en face-à-face. Sont également systématiquement enquêtés en face-à-face les ménages dont le bénéficiaire sélectionné est titulaire de la CMUC, ceux dont le bénéficiaire sélectionné à 65 ans ou plus (70 ans ou plus jusqu'en 2010) ou dont la « grappe assurance maladie » est composée de 5 personnes ou plus (seulement depuis 2012).

L'ESPS est composé de deux questionnaires administrés par CATI/CAPI au cours de deux contacts espacés d'une à deux semaines.

Des questionnaires papiers sont remis à tous les membres du ménage à l'issue du 1^{er} contact. Ils se composent :

- D'un livret adressé à tous les membres du ménage âgés de 15 ans ou plus qui se composera en 2014 de questions sur la santé, le recours aux soins et les déterminants de la santé, d'un questionnaire économique et social et d'un questionnaire sur les conditions de travail. C'est ce questionnaire qui sera le support des questions européennes de l'enquête EHIS.
- D'un questionnaire par contrat de complémentaire santé identifié dans le ménage. Ce questionnaire vise à recueillir des informations sur ces contrats : primes, niveaux de remboursements, origine du contrat (individuel, collectif, obligatoire ou facultatif)...
- Le questionnaire santé habituellement proposé aux moins de 15 ans ne sera pas reconduit en 2014.

En 2014 ces auto-questionnaires pourront être remplis via internet, au moins pour les ménages qui seront sollicités par téléphone. Ce dispositif internet a été testé lors de la vague d'automne de l'ESPS 2012.

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

La collecte se fera en continu tout au long de l'année 2014.

16. Contraintes imposées à l'enquête

La participation à l'ESPS n'est pas obligatoire.

Des questions sur la santé, sur la vulnérabilité et d'autres sujets personnels peuvent parfois être sensibles. Ces questions sont pour la plupart d'entre elles issues de modules « validés » ou « standardisés » et ont donc fait l'objet de nombreux tests. Les nouveaux modules intégrés à chaque vague de l'enquête ESPS sont construits par des experts et font si nécessaire l'objet de tests préalables afin d'en valider la faisabilité et d'adapter si nécessaire les formulations.

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

La mise au point de l'enquête ESPS se fait au sein d'un comité de pilotage animé par l'Irdes et composé des partenaires de l'enquête, d'institutionnels et d'experts de l'économie de santé et des enquêtes.

A chaque vague d'enquête, les projets de nouveaux questionnaires sont élaborés au sein d'ateliers composés d'experts du domaine. Trois ateliers sont pérennes et reconduits à chaque vague d'enquête, un sur les questions de santé et de recours aux soins, un autre sur les questions d'assurance en santé et un dernier sur les inégalités de santé. Ils sont complétés d'ateliers ponctuels pour aborder des questions de méthodologie d'enquête ou des modules à caractère ponctuel (la dépendance, les conditions de travail et les parcours de soins pour ESPS 2014).

Les travaux menés en ateliers sont ensuite présentés en comité de pilotage qui les discute, les commente et décide des projets qui seront finalement retenus pour l'enquête.

Concernant l'enquête EHIS, la mise au point du règlement d'application se fait sous la direction d'Eurostat. Les variables et le questionnaire recommandé ont été discutés au travers de différents groupes de travail (technical group, core group) réunissant les représentants des pays membres, des experts et des représentants des différentes directions générales de la commission européenne concernées (DG SANCO et DG EMPL). La Drees, en tant que représentant pour la France, a consulté au préalable les partenaires habituels des enquêtes santé.

La traduction du questionnaire européen et les tests se sont faits en association avec la comitologie d'ESPS (un comité de pilotage et des ateliers thématiques).

18. Exploitation et diffusion des résultats

L'IRDES est propriétaire des données, mais celles-ci ont vocation à être diffusées à la communauté scientifique. L'apurement des données est réalisé durant l'année suivant l'enquête (n+1). L'IRDES publie un rapport général sur l'enquête au début de l'année n+2. Les données de l'enquête sont mises à disposition des financeurs à la fin de l'année n+1. Ils en ont l'exclusivité pendant une année. A partir de la fin de l'année n+2, les données peuvent être diffusées par l'IRDES à d'autres organismes, français ou étrangers moyennant la signature d'une convention entre l'Irdes et le demandeur.

Concernant l'enquête EHIS, le règlement d'application a fixé les délais de transmission à Eurostat des données apurées à 9 mois après la fin de la collecte, soit septembre 2015.

Eurostat mettra à disposition des chercheurs l'ensemble des données individuelles anonymisées collectées dans les différents pays européens dans le cadre d'EHIS.

Les données de l'enquête EHIS bénéficieront également des supports de diffusion et de valorisation d'ESPS 2014.

| Type de diffusion envisagée selon la codification * | Période de diffusion envisagée | Niveau géographique envisagé pour les résultats (France entière ou métropole seule, régions, départements, quartiers, autre niveau local) | Remarques |
|--|--------------------------------|---|---|
| Transmission des bases de données à Eurostat (1) | Automne 2015 | France métropolitaine/ régions | |
| Transmission des bases de données aux partenaires(2) | Automne 2015 | France métropolitaine/ régions | |
| Transmission des bases de données aux autres organismes de recherche (2) | Automne 2016 | France métropolitaine/ régions | En 2016, les données de l'ESPS seront téléchargeables via le site de l'Irdes par un dispositif sécurisé. Cet accès fait l'objet de la signature d'une convention avec l'Irdes. |
| Rapport ESPS résultats détaillés (4) | 1 ^{er} trimestre 2016 | France métropolitaine | |
| Site internet dédié (5) | | | Permet l'accès aux questionnaires, aux descriptifs des fichiers, à la liste de toutes les publications utilisant l'enquête, au téléchargement des publications en libre accès. Donne également des informations à l'attention des ménages sollicités par l'enquête. |

* 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...*

19. Moyens humains et financiers mobilisés pour l'enquête

Budget total de l'enquête 2014 :

| | |
|---------------------------------|--------------------|
| 1. Coûts de collecte (externes) | 2 000 000 € |
| 2. Salaires (internes) | 1 160 000 € |
| 3. Autres charges | 45 000 € |
| Soit un total de | 3 205 000 € |

Moyen humains à l'Irdes répartis sur 4 années.

| | |
|--|---------|
| Management projet : | 1,4 ETP |
| Management scientifique : | 1,0 ETP |
| Médecin expert en enquêtes : | 0,2 ETP |
| Ingénieur d'enquête : | 1,4 ETP |
| Gestionnaires de bases de données : | 5 ETP |
| Support secrétariat et administratif : | 0,6 ETP |

Le surcoût total de l'inclusion de l'enquête européenne de santé dans ESPS (par rapport à une collecte ESPS habituelle) est estimé à 900 000 euros. 500 000 euros sont liés au surcoût de collecte dû à l'augmentation de la taille de l'échantillon d'ESPS et aux tests « terrain » pour valider le questionnaire et le protocole de collecte.

Pour la conception du questionnaire, l'accrochage avec ESPS, le suivi, l'apurement de l'enquête et la diffusion de données à Eurostat, la charge de travail de l'IRDES est évaluée à 1,2 ETP de niveau A pendant 4 ans de 2012 à 2015 et est contenu dans les moyens humains de l'Irdes détaillés ci-dessus. Pour la Drees la charge de travail a été de 0,1 ETP de niveau cadre A sur la période 2009-2011 : cela comprend la participation aux divers groupes de travail d'Eurostat (Technical Group EHIS, Working Group on Public Health Statistics). Pour la période allant de 2012 à 2015 la charge de travail de la Drees est évaluée à 0,2 ETP de niveau A.

Enquête nationale de santé 2014-2015 auprès des élèves scolarisés en classe de CM2

1. Intitulé de l'enquête

Enquête nationale de santé 2014-2015 auprès des élèves scolarisés en classe de CM2.

2. Service producteur

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) – Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.

3. Service réalisant la collecte

Médecins et infirmières de l'Éducation nationale et des services municipaux des villes autonomes.

4. Historique de l'enquête

Cette enquête nationale sur la santé concerne 10 000 enfants scolarisés en classe de CM2. Elle s'insère dans le cadre d'un dispositif d'enquêtes menées en milieu scolaire qui existe depuis l'année scolaire 1999-2000, sur trois niveaux scolaires (la grande section de maternelle, le cours moyen 2^{ème} année et la classe de troisième).

Afin d'alléger la charge de travail pesant sur les personnels de santé de l'Éducation nationale et de dégager du temps pour mieux valoriser ces enquêtes, la DREES et ses partenaires ont décidé de modifier la périodicité des enquêtes en organisant une collecte tous les deux ans, soit un niveau scolaire enquêté tous les 6 ans. Les enquêtes sont également désormais présentées au CNIS. L'enquête réalisée en 2012-2013 auprès des élèves de grande section de maternelle a initié ces changements. Elle a obtenu l'avis d'opportunité en septembre 2011 (n°124/D030).

Il s'agit d'une première demande d'avis d'opportunité pour l'enquête concernant les élèves de CM2.

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

Le taux de participation des écoles était de 74% pour la dernière enquête auprès des élèves de classe de CM2, en 2007-2008.

Chacune des enquêtes a fait l'objet d'articles dans les divers supports de publications de la DREES et de l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Ces enquêtes ont également été valorisées dans des revues médicales spécialisées (« Archives de pédiatrie » sur l'asthme par exemple) ou lors de colloques ou journées scientifiques.

6. Objectifs généraux de l'enquête

Cette enquête a pour principal objectif d'éclairer l'action publique, de mettre en évidence d'éventuelles inégalités sociales de santé. Elle permet d'alimenter divers indicateurs de santé à l'échelle nationale, notamment ceux associés aux objectifs 12 et 42 annexés à loi de Santé publique de 2004 « Surpoids et obésité chez l'enfant », « Couverture vaccinale de la population ».

Le questionnaire des enquêtes de santé scolaire est court : un questionnaire papier de 6 pages. Les thématiques sont pour la plupart les mêmes d'une enquête à l'autre, avec quelques adaptations selon le niveau scolaire.

Les principaux thèmes abordés pour l'enquête CM2 sont :

- les troubles statur pondéraux (surpoids / obésité) en relation avec l'activité physique, les activités sédentaires et les habitudes alimentaires,
- le dépistage des troubles sensoriels (vision, audition),
- la santé bucco-dentaire,

- la santé respiratoire (asthme),
- le savoir nager,
- les accidents de la vie courante,
- la couverture vaccinale.

Ce sont les mêmes thématiques que celles abordées en GSM 2012-2013 à l'exception d'un module sur « la nage » qui remplace le module « allergies alimentaires ». Le module sur la nage a déjà été posé en CM2 dans l'enquête 2007-2008.

7. Origine de la demande

Ces enquêtes constituent l'un des objectifs prioritaires du contrat cadre de partenariat en santé publique entre les deux ministères, visant à organiser les collaborations pour articuler la promotion en faveur de la santé avec la politique globale de santé publique. L'enquête n'est pas coordonnée au niveau européen.

8. Place dans le dispositif statistique existant sur le même sujet et apport à la connaissance du domaine par rapport à d'autres sources

L'enquête CM2 est réalisée par les infirmières de l'Éducation nationale et des villes autonomes et repose sur un examen de dépistage organisé à l'occasion de l'enquête (il n'existe pas, sauf organisation particulière de certaines communes, d'examen de dépistage systématique à cet âge). Contrairement à maintes enquêtes uniquement déclaratives, elle permet donc d'obtenir des informations mesurées (et non déclarées) sur de nombreuses variables de santé (poids, taille, santé bucco-dentaire, vision...). Elle constitue donc une source de données nationales précieuse sur la santé des enfants de 9-10 ans. Le plan de sondage (environ 10 000 élèves sur l'ensemble du territoire, proportionnellement répartis selon les académies et les principales caractéristiques des écoles, avec cependant une surreprésentation des écoles appartenant à l'éducation prioritaire) permet d'obtenir un échantillon d'élèves de CM2 représentatif aux niveaux national et des zones d'études et d'aménagement du territoire (ZEAT).

La répétition de cette enquête dans le temps, avec une périodicité de 6 ans à partir de 2014-2015, permettra également de caractériser des évolutions, en particulier celles relatives aux inégalités sociales de santé. Il n'existe pas d'autres sources de données nationales sur la santé des enfants de CM2.

Les autres enquêtes existantes sur la santé des jeunes sont exclusivement déclaratives et concernent plus particulièrement les adolescents ou les jeunes adultes : les 12-19 ans pour le « Baromètre Santé Jeunes » (enquête téléphonique par quotas de l'Institut national de prévention et de l'éducation pour la santé; la dernière édition en 1999 avec 4 000 jeunes interrogés), et les élèves des classes de CM2 jusqu'à 2nd pour l'enquête internationale sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé « Health Behaviour in School-aged Children » (HBSC) (la dernière édition en 2010 avec 11 500 élèves interrogés dont 2400 en CM2).

9. Insertion dans un système d'information

Il s'agit d'une enquête inscrite dans un cycle plus large, les deux autres enquêtes concernant les élèves de grande section de maternelle (GSM) et de 3^{ème} (générale ou professionnelle); les prochaines éditions auront respectivement lieu respectivement en 2018-2019 et 2016-2017.

10. Cible de l'enquête

Cette enquête porte sur environ 10 000 enfants scolarisés en classe de cours moyen deuxième année (CM2) en 2014-2015.

11. Champ de l'enquête

Les élèves scolarisés dans les établissements publics et privés sous contrat d'association avec l'État.

12. Champ géographique de l'enquête

France (y compris Mayotte).

13. Bases de sondage, échantillonnage

L'enquête auprès des enfants scolarisés en CM2 est réalisée à partir du fichier exhaustif de la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP) du Ministère de l'Éducation nationale relatif aux écoles publiques et privées ouvertes à la rentrée de l'année précédant l'enquête.

Le plan de sondage comporte deux degrés et vise à obtenir un échantillon de 10 000 enfants scolarisés en CM2, représentatif au niveau national. Dans un premier temps, la DEPP tire au sort des établissements en surreprésentant ceux qui relèvent de l'éducation prioritaire. Les établissements retenus sont ensuite chargés de sélectionner aléatoirement et d'interroger un maximum de 10 élèves de leur école (selon un tirage « pas à pas » explicité dans une circulaire de l'Éducation nationale). Le plan sondage induit que chaque élève a la même probabilité d'être interrogé (avec une probabilité plus forte pour les élèves en éducation prioritaire). L'échantillon est équilibré selon la répartition des élèves de CM2 par académie, taille d'unité urbaine, secteur (public ou privé) et appartenance ou non à l'éducation prioritaire (à l'aide de la macro %CUBE de l'INSEE). Une fois les données recueillies, elles font l'objet d'apurement et de redressement par la DREES, en partenariat avec l'InVS et la DEPP.

14. Mode de collecte

Les questionnaires papier sont adressés par voie postale aux inspections académiques, qui sont chargées de les transmettre aux infirmières scolaires en charge des dépistages dans les établissements concernés. Les informations recueillies sur l'enfant par l'infirmière sont anonymes et la confidentialité des données concernant l'enfant est assurée au sein de l'établissement. L'identifiant de l'établissement est conservé à des fins de gestion, de corrections et d'enrichissement de la base par appariement de l'échantillon obtenu avec certaines informations complémentaires de la base de données des établissements de la DEPP (caractéristiques de l'école fréquentée par l'enfant, appartenance à l'éducation prioritaire ...).

L'identifiant de l'établissement est supprimé dès que les phases d'apurement et d'appariement sont achevées.

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

La collecte aura lieu tout au long de l'année scolaire 2014-2015, en fonction de la période choisie par les académies et les écoles.

16. Contraintes imposées à l'enquête

Dans une lettre d'information annonçant l'enquête, il est demandé aux parents de fournir le carnet de santé le jour de l'examen de santé. Il est également précisé que les parents peuvent refuser de participer à l'enquête.

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

Plusieurs instances de concertation existent actuellement. Elles sont définies par un protocole entre les différents partenaires de l'enquête : Ministère de l'Éducation nationale (Direction générale de l'enseignement scolaire, Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance), Ministère de la Santé (Direction générale de la santé, Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques), Institut de veille sanitaire.

Le **comité d'orientation stratégique** (COS), présidé par la sous-directrice de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie de la DREES a pour mission de fixer les grandes orientations de ces enquêtes (contenus, objectifs, périodicité).

Le **comité de pilotage de l'enquête** (Copil), qui se réunit au moins une fois par an, se compose des représentants de chacun des organismes partenaires. Sa principale mission consiste à mettre en œuvre les orientations définies par le COS.

Le **groupe de conception du questionnaire et le groupe d'apurement et d'exploitation** : ils réunissent les personnes préparant l'enquête ou l'exploitant, en premier lieu les membres des institutions partenaires de l'enquête. Selon les recommandations du Copil il peut s'ouvrir à d'autres personnes. Par exemple, le groupe de conception du questionnaire consulte des professionnels de santé.

Une réunion d'information sera organisée avec les principales fédérations de parents d'élèves en septembre 2013.

18. Exploitation et diffusion des résultats

- Les données seront exploitées en premier lieu par le groupe d'apurement et d'exploitation (après suppression de l'identifiant établissement). Voir tableau ci-dessous pour le programme envisagé d'exploitation des résultats de l'enquête.
- Le retour d'information aux personnels mobilisés lors de l'enquête (infirmières scolaires) se fera par envoi des premiers résultats (« Études et résultats ») dans les établissements tirés au sort ainsi que dans les inspections académiques et les rectorats.
- Un fichier de production et de recherche (FPR) sera diffusé au second trimestre 2017, en modifiant si nécessaire la liste ou le nombre de variables contextuelles diffusées afin de respecter le caractère non indirectement nominatif du FPR.
-

| Type de diffusion envisagée selon la codification * | Période de diffusion envisagée | Niveau géographique envisagé pour les résultats (France entière ou métropole seule, régions, départements) | Remarques |
|--|---------------------------------|--|-----------|
| Chiffres clés, principaux résultats - Études et résultats (DREES) - Note d'Information (DEPP), - Bulletin épidémiologique hebdomadaire (InVS) | 3 ^{ème} trimestre 2016 | France, | |
| Livraison du fichier de production de l'enquête à Quételet | 4 ^{ème} trimestre 2016 | France, | |
| Analyses approfondies : dossier pour le rapport État de santé de la population, article pour la <i>Revue française des affaires sociales...</i> | A partir de 2017 | France | |

19. Moyens humains et financiers mobilisés pour l'enquête

- Coût du test (maquettage, impression) : 8 000 €
- Coûts des opérations de maquettage, impression, routage du matériel d'enquête : 15 000 €
- Coût pour la saisie des questionnaires papier : 20 000 €
- Coûts de conception, suivi, exploitation et publication : 1 ETP de cadre A par an pour l'ensemble du système d'enquêtes (DREES)
- Coûts de collecte : Il est assuré par l'Éducation nationale mais il est difficile à chiffrer, notamment parce qu'une infirmière peut avoir une ou plusieurs écoles de son secteur à enquêter, avec l'aide ou non d'un médecin.

Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (Panel 3)

1. Intitulé de l'enquête

Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (Panel 3).

2. Service producteur

La Drees assure la maîtrise d'ouvrage du projet au niveau national, associée aux Unions régionales des professionnels de santé - médecins libéraux (URPS-ML) des régions Provence-Alpes Côte d'Azur, Pays de la Loire et Poitou-Charentes (co-maîtrises d'ouvrage) disposant d'un suréchantillon régional, appelées dans la suite du document régions partenaires.

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 ») avec la plateforme d'enquête de l'ORS PACA – UMR 912 Inserm IRD Aix-Marseille Université (UMR 912).

4. Historique de l'enquête

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 1250 médecins) avec trois sur-échantillons pour les régions partenaires (environ 2 200 médecins au total). Le terrain de la cinquième vague du Panel 2 s'est terminé en janvier 2013.

La Drees 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 2013-2015. Ce nouveau panel, appelé « Panel 3 », interrogera à raison d'une vague d'enquête tous les 6 mois, les mêmes médecins (à priori différents de ceux du panel 2).

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

Le dernier Panel (Panel 2), dont le terrain de la cinquième vague s'est terminé en janvier 2013, a donné lieu à de nombreuses restitutions :

- 3 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 2013;
- Des publications dans des revues nationales (Revue française des affaires sociales, Revue d'épidémiologie et de Santé Publique, Revue du Praticien-Médecine Générale)
- Des publications synthétiques à l'échelon régional ;
- Des rapports à l'échelon régional ;
- Un séminaire « Le Panel de médecine de ville : un observatoire des pratiques et des conditions de travail des médecins » a été organisé par la Drees en novembre 2012. Il a rassemblé un public hétérogène de chercheurs, de représentants des administrations (Drees et autres directions du Ministère, Cnamts...) et de représentants de la profession ;
- Des articles de recherche, publiés dans des revues internationales médicales (PLOS One, Vaccines, par exemple) et de sciences sociales (Applied Economics).

L'ensemble des publications relatives aux différents panels sont disponibles sur la page internet dédiée au Panel du site internet de la Drees (<http://www.Drees.sante.gouv.fr/le-panel-d-observation-des-pratiques-et-des-conditions-d-11016.html>).

6. Objectifs généraux de l'enquête – Principaux thèmes abordés

Le Panel 3 aura pour objectif d'interroger en moyenne 2 250 médecins sur leurs pratiques (modalités de prise en charge des patients en fonction des pathologies, formation continue, etc.) et leurs conditions de travail, tout en recueillant leurs opinions sur ces modalités d'exercice. Dans ce sens, le panel 3 s'inscrit dans la continuité du panel 2. Il permettra par ailleurs de suivre dans le temps certains indicateurs, comme le temps de travail par exemple, mais aussi d'explorer des thématiques d'actualité n'ayant pu être abordées lors des précédents panels. Tout comme le panel 2, le panel 3 permettra non seulement de disposer de résultats représentatifs pour les trois régions partenaires, mais de disposer aussi de résultats représentatifs au niveau national. Ainsi, il sera 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 :

- Prise en charge des patients atteints d'un cancer
- Pathologies infectieuses et vaccination
- Maladies chroniques, prescriptions inadaptées et comorbidité
- Prise en charge du suivi gynécologique chez la femme et du suivi pédiatrique des enfants
- Prise en charge des patients précaires

7. Origine de la demande (règlement communautaire, demande ministérielle, débat public...) et utilisateurs potentiels des résultats

Origine de la demande :

La médecine de ville fait face aujourd'hui à diverses évolutions et réformes (réforme du médecin traitant, loi Hôpital, Patients, Santé, et Territoires, rémunération à la performance, dispositifs incitatifs à l'installation en libéral dans les zones fragiles, vieillissement et féminisation de la profession...) qui imposent de nouvelles pratiques et conditions d'exercice aux médecins généralistes libéraux. A cet égard, le rôle du médecin généraliste est de plus en plus renforcé, ce dernier apparaissant de plus en plus comme le véritable pivot du parcours de soins dans les politiques successives de régulation de l'offre de soins. 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. Les différentes instances institutionnelles nous ont déjà fait part de leurs attentes en matière de médecine générale (parcours de soins, adressage des patients, zone d'installation, rémunération sur objectifs de santé publique). La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction de la sécurité sociale (DSS) sont par exemple particulièrement intéressées par les aspects relatifs aux parcours de soins et à l'adressage des patients. Le cabinet du Ministère nous a également fait part de son souhait de voir traiter le rôle du médecin généraliste ainsi que sa perception en tant que lanceur d'alertes en cas d'épidémie ou de pathologie émergente. Ces points seraient ainsi abordés dans une vague « maladies chroniques » qui traitera du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge et le suivi des personnes atteintes de polyopathologies chroniques (en particulier, quelles sont les pratiques du médecin notamment lorsque des recommandations de bonnes pratiques spécifiques sont en conflit avec d'autres), ainsi que dans une vague relative à la prévention et la vaccination. Outre les directions institutionnelles, des instituts de recherche sont également intéressés par les thèmes abordés par le panel. Ainsi, l'Inserm nous a confié son intérêt pour une analyse par type de patientèle (femmes, jeunes...). La vague portant sur la prise en charge du suivi gynécologique chez la femme et le suivi pédiatrique des enfants tentera de répondre à cette attente. Enfin, l'institut national du cancer (INCA) a montré un fort intérêt pour que le panel comporte une vague traitant du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de patients atteints d'un cancer.

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

Utilisateurs potentiels :

Les premiers utilisateurs des résultats seront bien évidemment la Drees, les ORS et URPS-ML des régions partenaires et l'UMR 912 qui participe à l'opération en tant que partenaire scientifique. Les autres directions du ministère de la santé, notamment la DGOS, la DSS et la DGOS montrent également un fort intérêt pour les thématiques qui ont été traitées dans le Panel. Ces instances, qui ont déjà été sollicités comme experts pour participer aux comités de vagues pour réagir sur le questionnaire lors du dernier panel, continueront à être informées des thématiques qui seront abordées dans le futur panel.

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 Quételet permettra également à des chercheurs de développer les exploitations secondaires du panel. Les données du Panel cinq régions sont déjà mises sous Quételet. Il est prévu également que les données du Panel 2 le soient, dès publication des résultats nationaux de la dernière vague.

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, 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 leur patient, recueillent principalement les données d'un dossier patient. Ainsi, l'Observatoire de la médecine générale recueille et analyse 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 peuvent 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 de médecine générale. Le plus important est le Baromètre de médecins généralistes de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), qui a lieu environ tous les 5 ans. 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). La base de sondage dans laquelle est tirée l'échantillon du baromètre Inpes est cependant moins fiable que celle du Panel Drees-ORS-URPS : ainsi, sa représentativité – si elle est de meilleure qualité que pour les dispositifs du type « recueils de données de consultation » présentés ci-dessus - est donc moins assurée que celle du Panel. Il est envisagé, pour le Panel Drees-ORS-URPS, de collaborer avec l'Inpes pour fusionner une des vagues avec leur Baromètre : ceci permettrait à minima de rationaliser ces deux dispositifs sur la période.

Le panel de médecine générale Drees-ORS-URPS offre 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

d'autres types de recueils systématiques d'informations de consultations à buts plus épidémiologiques. Sa représentativité et sa taille en font un atout de taille. 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 terme 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 envisagé pour ce Panel, sous réserve de l'acceptation des médecins et de l'information de la CNIL, 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 la 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 donc un outil encore plus riche sur le suivi des pratiques en médecine générale.

A l'international enfin, des dispositifs similaires existent et sont très exploités. On peut citer par exemple le panel australien¹⁵ 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 3 comprendra 5 vagues ainsi qu'une phase d'inclusion. Une enquête qualitative en amont de la vague Cancer est prévue. D'autres enquêtes qualitatives pourront être menées si la thématique le nécessite, sous réserve de financements supplémentaires. Pour le moment, les questionnaires des différentes vagues n'ont pas encore été établis, leur conception débutant environ 7 mois avant le début de la collecte.

10. Cible de l'enquête

La cible de l'enquête est constituée de l'ensemble des médecins généralistes libéraux en activité. L'objectif est d'interroger 2 250 médecins au total en moyenne sur les 5 vagues (1 250 médecins pour l'échantillon national interrogé par téléphone et 1 000 médecins pour les échantillons régionaux).

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. 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 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).

¹⁵ 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.

12. Champ géographique de l'enquête

Tout comme le panel 2, le nouveau panel interrogera des médecins en activité en France métropolitaine. Des extensions régionales sont envisagées pour les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, partenaires du dispositif.

13. Bases de sondage, échantillonnage

La base de sondage du panel 3 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 2013. Les données de l'Assurance Maladie renseignant le nombre d'actes (Consultations + visites) liquidés sur la période décembre 2011 - novembre 2012, 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 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 à partir d'une stratification (sexe/âge/densité médicale de la zone de patientèle/nombre d'actes annuels). L'échantillon global sera constitué de 4 échantillons indépendants (un échantillon national et trois échantillons régionaux).

Certaines strates feront éventuellement l'objet d'une surreprésentation (à taille d'échantillon fixe) : 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 ; par ailleurs, cette surreprésentation serait utile à l'exploitation d'une vague d'enquête sur la prise en charge des patients précaires.

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 2, 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 accompagnée de la publication des résultats nationaux de la 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 (23€).

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 données plus détaillées de consommation de soins médicaux à partir des informations issues du SNIIRAM, sous réserve de l'accord de la CNIL et des médecins enquêtés. L'appariement avec des données plus fines, croisant type de soins et type de patientèle pour chacun des médecins enquêtés, constituerait 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 six mois. La première collecte débutera en janvier 2014. Pour le panel 3, il est prévu de réaliser en amont (novembre-décembre 2013) 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, quelques questions générales sur son activité et ses modalités de pratique (en groupe,...) 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'enquête

Comme le précédent panel, 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 reposera sur trois instances :

- le comité stratégique, constitué le 7 juin 2012, est composé d'un pool d'experts : Cnamts, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Direction générale de la santé (DGS), Haute autorité de santé (HAS), Inpes, ORS et URPS-ML des régions partenaires, Drees, Inserm. 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 environ 1 fois par an.

- 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 environ 3 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

A l'issue de la première vague d'enquête, des premiers résultats seront produits au 2nd semestre 2014 sous forme d'« Études et Résultats » de la Drees, après la phase de redressement qui aura lieu à la fin du 1^{er} trimestre 2014.

La diffusion des données s'effectuera sous deux formes :

- Mise à disposition des bases anonymisées :

Après chaque collecte, la Drees redressera les données afin que les répondants soient représentatifs de la population des médecins. Les données redressées seront ensuite mises à dispositions des partenaires du dispositif.

Par ailleurs, les fichiers de données pourront également être transmis auprès des organismes publics qui en font la demande dans le cadre d'une convention et sous couvert de validation par l'ensemble des membres du comité de pilotage.

Les données pourront également être exploitées par des chercheurs dans le cadre d'appels à projets spécifiques (par exemple sur la médecine générale), sous couvert qu'une convention soit établie avec la Drees.

Enfin, dès que les premiers résultats d'une vague auront fait l'objet d'une publication dans la collection « Etudes et Résultats » de la Drees, et après un certain délai à définir entre les partenaires du projet pour leur permettre de réaliser une éventuelle exploitation secondaire, le fichier de données redressées et sa documentation seront remis au centre Quételet (sans les appariements avec les données d'assurance-maladie, qui devront faire l'objet d'un traitement spécifique) et pourront être ainsi utilisés par la communauté scientifique.

- Publication de résultats, commençant environ 6 mois après le début de la collecte.

Les acteurs du dispositif Panel sont chargés de réaliser, à l'issue de chaque vague de collecte, une exploitation nationale des résultats, sous la forme d'un article destiné à être publié par la Drees dans la collection *Études et Résultats*. Des publications régionales, exploitant les données régionales du Panel seront réalisées sous la responsabilité des acteurs régionaux et diffusées seulement après la

sortie de la publication nationale de la Drees. Ultérieurement des articles plus approfondis seront réalisés pour des ouvrages ou des revues à comité de lecture.

Par ailleurs, pour chaque vague d'enquête, les résultats des traitements (*Études et Résultats*) sont restitués aux médecins participants lors de l'envoi de la lettre avis annonçant la vague suivante. Les différentes publications seront mises en ligne sur le site de la Drees dans la rubrique dédiée au Panel : [site internet Panel MG](#).

Enfin, les travaux réalisés à partir des différentes vagues du panel pourront être restitués lors d'un séminaire, à l'image de ce qui a été fait en novembre 2012 pour le panel 2.

19. Moyens humains et financiers mobilisés pour l'enquête

Moyens 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, repondération et exploitation des résultats).

Pour la Drees : 1,5 ETP sur toute la durée du projet (répartis entre un chef de bureau, une adjointe au chef de bureau et une chargée d'études). La Drees, maître d'ouvrage, subventionnera l'ORS PACA, maître d'œuvre, à hauteur d'environ 800.000€ (sur une durée de 3 ans). L'ORS PACA en retransmettra une partie aux autres régions partenaires pour les vagues où ce sont ces dernières qui pilotent.