



Conseil national
de l'information statistique

CONSEIL NATIONAL DE L'INFORMATION STATISTIQUE

Commission « Services publics et services aux publics »

Réunion du mercredi 3 juin 2015

Projets d'enquêtes pour avis d'opportunité

Enquête Santé en milieu scolaire en classe de 3 ^{ème}	2
Enquête sur les délais d'attente	7
Enquête annuelles de victimation « Cadre de vie et sécurité »	17

Enquête nationale de santé 2016-2017 auprès des élèves scolarisés en classe de 3^{ème}

1. Intitulé de l'enquête

Enquête nationale de santé 2016-2017 auprès des élèves scolarisés en classe de 3^{ème}.

2. Service producteur

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

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 3^{ème}. 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 (au lieu de tous les 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) et le label d'intérêt général et de qualité statistique (le 25 novembre 2011). L'enquête réalisée en 2014-2015 auprès des élèves de CM2 a obtenu l'avis d'opportunité en juin 2013 (n°83 /H030) et le label d'intérêt général et de qualité statistique (le 11 mars 2014).

Il s'agit d'une première demande d'avis d'opportunité pour l'enquête concernant les élèves de 3^{ème}.

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

Pour la dernière enquête auprès des élèves de classe de 3^{ème}, en 2008-2009, l'échantillon initial comprenait 1 149 collèges. Au total, 813 collèges ont participé, soit un taux de réponse de 71%.

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 et de mettre en évidence d'éventuelles inégalités sociales de santé. Elle permet d'alimenter divers indicateurs de santé à l'échelle nationale, notamment ceux du rapport sur l'État de santé de la population en France et ceux du Programme National Nutrition Santé (PNNS).

Les thématiques des enquêtes de santé scolaire sont pour la plupart les mêmes d'une enquête à l'autre, avec quelques adaptations selon le niveau scolaire.

L'enquête auprès des adolescents des classes de 3^{ème} comprend comme pour les autres niveaux un questionnaire principal renseigné par le professionnel de santé enquêteur. Pour l'édition 2016-2017, un auto-questionnaire renseigné par l'enfant lui a été adjoint.

Les principaux thèmes abordés pour l'enquête 3^{ème} sont :

Pour le questionnaire principal :

- les troubles staturo-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.

Ces thématiques étaient déjà abordées par les enquêtes GSM 2012-2013 et CM2 2014-2015.

Pour l'auto-questionnaire, spécifique à cette tranche d'âge.

L'adolescent répond à quelques questions plus personnelles à l'abri du regard de l'enquêteur sur sa consommation de tabac, d'alcool, de drogue, sur l'automutilation, sur les agressions verbales et physiques et sur le suicide. Il sera invité à évoquer ces sujets, s'il le souhaite, avec le professionnel de santé enquêteur.

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 3^{ème} est réalisée par les infirmières ou les médecins 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 aux 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 14-15 ans. Le plan de sondage (environ 10 000 élèves sur l'ensemble du territoire, proportionnellement répartis selon les académies et les principales caractéristiques des collèges, avec cependant une surreprésentation des collèges appartenant à l'éducation prioritaire) permet d'obtenir un échantillon d'élèves de 3^{ème} représentatif au niveau national.

La répétition de cette enquête dans le temps, avec une périodicité de 6 ans à partir de 2016-2017, permettra également de caractériser des évolutions, en particulier celles relatives aux inégalités sociales de santé. Les autres enquêtes existantes sur la santé des jeunes sont exclusivement déclaratives et ne concernent pas spécifiquement les adolescents en classe de 3^{ème}. Le « Baromètre Santé Jeunes », s'intéresse aux 15-30 ans, il repose sur une enquête téléphonique par quotas de l'Institut national de prévention et de l'éducation pour la santé (la dernière édition en 2010 avec 6 000 jeunes interrogés). L'enquête internationale sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé « Health Behaviour in School-aged Children » (HBSC) concerne les élèves des classes de CM2 jusqu'en 2^{nde}. Elle est basée sur un auto-questionnaire santé, la dernière enquête (2014), a obtenu environ 10 000 élèves répondants.

L'enquête ESPAD (European School Project on Alcohol and other Drug), s'intéresse tous les 4 ans à la santé et aux comportements à risques comme les consommations de substances psycho-actives (alcool, cannabis, cocaïne) des jeunes de la 3^{ème} à la terminale, soit environ 10 000 jeunes. La prochaine enquête aura lieu en 2015. Enfin, l'enquête annuelle ESCAPAD de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) porte sur les mêmes thématiques mais concerne les garçons et filles de 17 ans, interrogés par auto-questionnaire lors de la journée défense et citoyenneté.

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 CM2 ; les prochaines éditions auront respectivement lieu respectivement en 2018-2019 et 2020-2021.

10. Unité(s) statistique(s)

Cette enquête porte sur environ 10 000 adolescents scolarisés au collège en classe de 3^{ème} (filière générale ou professionnelle) en 2016-2017.

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 3^{ème} 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 collèges publics et privés ouverts 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 adolescents scolarisés en 3^{ème}, représentatif au niveau national. Dans un premier temps, la DEPP tire au sort des établissements en surreprésentant ceux qui relèvent de l'éducation prioritaire et des académies de petite taille (Corse, Limoges...). Les établissements retenus sont ensuite chargés de sélectionner aléatoirement et d'interroger un maximum de 10 élèves de leur collège (selon une procédure de tirage explicité dans la circulaire interministérielle d'organisation de l'enquête). 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 3^{ème} 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). Les données recueillies, font l'objet d'apurement et de redressement par la DREES, en partenariat avec la DEPP et l'InVS.

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 par le professionnel de santé enquêteur sur l'adolescent(e) ne comprennent ni son nom, ni son prénom, ni son jour de naissance et la confidentialité des données le ou la concernant 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 2016-2017, en fonction de la période choisie par les académies et les collèges.

16. Temps de réponse, contraintes imposées à l'enquête

L'adolescent répond aux questions du professionnel de santé au cours de la visite de dépistage et renseigne l'auto-questionnaire pendant que le professionnel de santé reporte sur le questionnaire principal les informations sur les vaccinations (dates et valences). D'après les expériences issues des enquêtes antérieures, le temps de réponse au questionnaire principal est estimé à 10 min en moyenne.

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 y est également précisé que les parents peuvent refuser que leur enfant participe à l'enquête.

17. Instances de concertation (comitologie)

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 et associations de parents d'élèves en novembre 2015.

Le label d'intérêt général sans caractère obligatoire sera demandé au Comité du label en décembre 2015, puis **une autorisation pour mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel** sera déposée à la CNIL.

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 services départementaux de l'Éducation nationale et les rectorats.
- Un fichier de production et de recherche (FPR) sera diffusé au second trimestre 2019, en modifiant si nécessaire la liste ou le nombre de variables contextuelles diffusées afin de respecter le caractère non identifiant 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 du type : - Études et résultats (DREES) - Note d'Information (DEPP), - Bulletin épidémiologique hebdomadaire (InVS)	4 ^{ème} trimestre 2018	France	

Livraison du fichier de production de l'enquête à Quetelet	2 nd trimestre 2019	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 2019	France	

18. 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 collèges de son secteur à enquêter, avec l'aide ou non d'un médecin.

Enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins

1. Intitulé de l'enquête

Enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins

2. Service producteur

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

3. Service réalisant la collecte

IPSOS (dans le cadre du marché « Assistance à la production des enquêtes statistiques menées par la Drees).

4. Historique de l'enquête

Enquête nouvelle.

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

Sans objet.

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

L'objectif de l'enquête est de recueillir **des informations sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins** – principalement les soins de ville (généralistes, spécialistes, dentistes) – et plus particulièrement **d'appréhender la façon dont les délais d'attente peuvent varier** en fonction des caractéristiques du patient, de sa localisation, de sa pathologie, du type de professionnel consulté, mais aussi de l'organisation des structures de soins sollicitées.

Les **principaux thèmes abordés**, au sujet de chaque demande de consultation, sont les suivants :

- professionnel consulté (et éventuelle pratique de dépassements d'honoraires) ;
- durée entre la date de prise de rendez-vous et le rendez-vous effectif ;
- éventuels refus de soins (pas de rendez-vous proposé) ;
- motif des demandes de consultation (en particulier : urgence ou non) ;
- demandes particulières du patient.
- information sur les caractéristiques (sociodémographiques, pathologies...) des patients (*via* des données administratives).
- modalités d'organisation et de fonctionnement de ces structures (horaires d'ouverture, présence du secrétariat, type de prise de rendez-vous, présence d'auxiliaires médicaux,...)

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

L'enquête est d'initiative nationale, sans lien avec un règlement européen. Elle a pour objet **d'alimenter le débat public**.

Le délai d'accès aux soins est un des indicateurs de performance du système de santé. Même si globalement la France est réputée avoir un bon accès aux soins, dans certaines spécialités ou pour certains types de soins programmés les difficultés existent en matière de délais d'attente. C'est pourquoi

la Drees envisage de mettre en place un dispositif statistique de mesure, de suivi et d'analyse des délais d'attente dans l'accès aux soins en France. Elle a souhaité au préalable que soit mené un travail d'analyse qualitative pour définir les caractéristiques d'un système de collecte de données sur les délais d'attente, en ville comme à l'hôpital, en tenant compte des enquêtes existantes. Ces travaux, dont la Drees, suite à une mise en concurrence a confié la réalisation aux cabinets de conseil Les Asclépiades et Kurt Salmon, ont été remis en septembre 2014. Sur les soins de ville, l'étude confirme l'existence de difficultés en matière de délais d'attente dans certaines spécialités, notamment en ophtalmologie.

Les principaux constats de l'étude préalable ont été les suivants :

- il est observé une absence de consensus sur le diagnostic en matière de délais d'attente dans l'accès aux soins et sur les problèmes que de tels délais peuvent induire (l'urgence étant toujours assurée) ;
- mais de nombreux exemples de difficultés sont rencontrés, notamment dans les territoires déficitaires en professionnels de santé ;
- les principaux domaines pour lesquels de telles difficultés sont évoquées sont : l'ophtalmologie, la chirurgie dentaire, la psychiatrie, et certaines spécialités médicales comme la cardiologie, l'endocrinologie, la gynécologie.

Un problème spécifique à certaines professions et certains territoires est celui du refus de rendez-vous (hors urgences) en raison de la saturation des professionnels concernés ; cela se rencontre en médecine générale, en chirurgie dentaire, en ophtalmologie... Ainsi la proposition à laquelle les travaux de l'étude préalable ont abouti conduit à mettre en place un dispositif de mesure répondant aux objectifs suivants :

- Objectif « d'observatoire » : pouvoir se comparer dans le temps et avec les autres pays sur des délais mesurés objectivement dans les domaines les plus sensibles ;
- Objectif de santé publique : évaluer s'il y a un lien entre inégalités de santé, inégalités d'accès aux soins et inégalités de délais ;
- Objectif opérationnel : mesurer pour mettre en place des mesures correctrices.

Pour ces besoins, il paraît nécessaire de disposer d'un dispositif pérenne, permettant une mesure de façon régulière (tous les deux ou trois ans par exemple). La plupart des acteurs interrogés lors de l'étude préalable ont également souligné l'importance de croiser les informations obtenues auprès des patients et des médecins. Un dispositif de mesure des délais d'attente doit en outre tenir compte de nombreux biais possibles dans la mesure des délais de rendez-vous, au regard de la complexité du circuit de prise de rendez-vous et des stratégies de contournement des patients face à un délai jugé trop long (passage aux urgences, demande de rendez-vous en plusieurs endroits simultanément, prise de rendez-vous à distance du domicile). S'ajoute aussi le problème des rendez-vous non honorés.

Aussi, pour répondre aux objectifs évoqués et à ces contraintes, **il est apparu que la méthode la plus adaptée était celle du suivi d'une cohorte de patients, dont on relèverait « en temps réel », sur une durée déterminée, les délais d'obtention de rendez-vous pour certains types de soins.** Dans ce contexte, la cohorte généraliste épidémiologique CONSTANCES de l'Inserm est apparue comme tout à fait adaptée pour répondre aux besoins de la Drees, l'idée étant d'y intégrer sur un sous-échantillon de patients un questionnaire spécifique aux délais d'attente, de façon reproductible (enquête qui sera répétée deux ou trois ans plus tard en cas de succès). Par ailleurs, **afin de mieux appréhender les déterminants des délais d'attente**, il existe une forte attente autour de la réalisation d'une enquête auprès d'un échantillon de structures contactées par la cohorte de patients. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces structures (horaires d'ouverture, présence du secrétariat, type de prise de rendez-vous, présence d'auxiliaires médicaux, etc.) sont en effet des éléments importants qui peuvent influencer sur les délais d'attente. Ce type d'informations recueilli dans un deuxième temps pourra donc être utilement croisé avec les résultats de l'enquête auprès des patients.

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)

Il s'agit d'une enquête très innovante. **Jusqu'à présent la problématique du délai d'attente est surtout abordée au travers de l'étude du renoncement aux soins.** Les enquêtes correspondantes font donc surtout référence aux délais d'attente comme l'un des facteurs possibles de renoncement aux soins, parmi d'autres (manque de moyens, de temps, éloignement géographique...), et n'ont pas pour objectif de mesurer précisément ces délais. On peut citer les enquêtes Santé et Protection Sociale (ESPS) réalisées par l'IRDES tous les deux ans, avec en particulier la question suivante sur le renoncement aux soins :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin ou à des soins médicaux dont vous aviez besoin (dentiste, lunettes...) ? Oui / Non

- *Si oui, pourquoi :*
 - *Pour des raisons financières*
 - *Parce que c'était trop compliqué*
 - *A cause du délai d'attente*
 - *Parce que je redoutais d'aller voir un médecin ou un dentiste*
 - *Parce que je préférais attendre que les choses aillent mieux d'elles-mêmes*
 - *Autre*

Depuis quelques années, le Baromètre d'opinion réalisé chaque année par la Drees pose également ce même type de question, en particulier sur les soins dentaires.

Concernant la **mesure des délais d'attente**, seules des enquêtes ponctuelles sont menées de façon plus ou moins régulière, que l'on peut classer en trois grandes catégories :

- **Méthode du « faux patient »** : enquêtes téléphoniques de demande de rendez-vous par un « faux patient » auprès des cabinets médicaux. Très utilisées dans le domaine de l'ophtalmologie et souvent évoquées par les médias, de telles enquêtes ont l'avantage de pouvoir être réalisées rapidement, mais ont le fort inconvénient de ne tester que les cas de nouveaux patients. Elles ne tiennent pas non plus compte des cas où le rendez-vous est demandé par le biais du médecin traitant.
- **Questionnaires auprès des structures de soins** : via l'interrogation des secrétaires sur les délais moyens proposés aux patients du cabinet, selon plusieurs scénarios. Plus rares, elles ne permettent pas de croiser les délais avec le contexte dans lequel les demandes de rendez-vous peuvent être formulées. L'objectivité de la méthodologie peut donc être critiquée, par ailleurs la lourdeur de ce type d'interrogation pour les secrétariats implique un fort taux de non-réponse des cabinets libéraux.
- **Interrogation directe de patients** : réalisés le plus souvent par téléphone, elles interrogent un échantillon représentatif d'individus concernant leur dernière consultation. Malgré toutes les précautions méthodologiques prises, ces données déclaratives restent sujettes à caution principalement à cause d'un biais de mémorisation (la dernière consultation peut être très ancienne), par ailleurs le fait de demander ces informations sur la dernière séance surreprésente les patients enchaînant plusieurs séances. Enfin du fait du biais de mémoire et, généralement, de la faiblesse de l'échantillon, les questions posées ne peuvent pas être précises (aucune précision notamment concernant le contexte de la demande ni la structure du cabinet consulté) : la perception/la satisfaction l'emportant alors sur les observations.

Parmi les enquêtes du système statistique public, seule l'*Enquête Santé et Protection Sociale* (ESPS) réalisée par l'IRDES tous les deux ans posait jusqu'en 2012 quelques questions sur l'ampleur des délais

d'attente : pour la dernière consultation, délai entre la prise de rendez-vous et la séance, et satisfaction liée (« auriez-vous souhaité obtenir ce rendez-vous plus rapidement ? »). Ce dispositif se classe donc dans la troisième catégorie d'enquêtes évoquées ci-dessus, souffrant ainsi du même biais lié mode de questionnement. Cette question a d'ailleurs été abandonnée à compter de 2014.

Aussi, l'enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins que nous proposons pallie en grande partie aux lacunes de ces dispositifs, puisqu'elle permettrait de :

- disposer de caractéristiques précises sur les patients, pouvant être croisée avec les caractéristiques d'organisation de la structure de soins ;
- disposer d'un échantillon de patients important, et avoir ainsi une bonne représentativité sur les thèmes d'étude ;
- d'aborder le contexte de chaque demande de rendez-vous de façon précise, en limitant les biais de mémoire.

9. Insertion dans un système d'information

L'enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins s'insère dans le dispositif de cohorte épidémiologique CONSTANCES, puisqu'elle vise à y sélectionner 20 000 individus. **Le fonctionnement de la cohorte CONSTANCES peut être utilement synthétisé ci-dessous :**

- Les sujets éligibles (âgés de 18 à 69 ans, résidant dans l'un des 17 départements couverts à ce jour par Constances) sont tirés au sort par la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) dans le Répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM), apparié au Système National de Gestion des Carrières (SNGC). Les sujets sont invités à venir passer un examen de santé dans un centre d'examen de santé (« CES »). Les personnes ayant donné leur accord reçoivent également un auto-questionnaire (« mode de vie et santé ») et un calendrier professionnel à compléter à domicile. L'inclusion des patients est graduelle : près de 60 000 patients inclus aujourd'hui, l'objectif étant à terme d'atteindre les 200 000 patients suivis.
- Un suivi actif est assuré par des questionnaires de suivi postaux à compléter chaque année au domicile des sujets, et une invitation à venir au CES tous les 5 ans est prévue pour l'ensemble des volontaires de la cohorte. Les questionnaires de suivi comprennent une partie « socle », recueillie tous les ans (comportements, pathologies), une partie répétée régulièrement mais pas nécessairement tous les ans (qualité de vie, sommeil,...), une partie en fonction de demandes ponctuelles ou des recueils sur des sous-échantillons (catégories sociodémographiques, femmes, jeunes). Des auto-questionnaires « autonomes » peuvent aussi être envoyés à des échantillons de patients pour répondre à des besoins de recherche, tel que celui qui fait l'objet de notre demande d'avis.
- CONSTANCES procède à un appariement des données récoltées au niveau de chaque patient avec les bases médico-administratives nationales : bases de l'assurance-maladie (SNIIRAM), PMSI, causes de décès (Inserm), données de trajectoires socioprofessionnelles issues de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).
- Un échantillon représentatif de 400 000 non-participants permet, en parallèle, de comparer l'échantillon de participants avec celui de non-participants et de faire les redressements sur des variables socio-économiques (données CNAV) et médico-administratives (données du SNIIRAM).
- **Rappelons que le dispositif « CONSTANCES » a obtenu le Label d'intérêt général et de qualité statistique le 13 janvier 2015.**

L'architecture de l'enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins sera ensuite la suivante :

- Un premier volet d'enquête auprès des patients, pendant six mois.

- Un second volet d'enquête auprès d'un échantillon de structures de soins contactées lors du premier volet.
- Puis **l'enquête a vocation à être répétée tous les deux ou trois ans.**

10. Unité(s) statistique(s)

- **1^{er} volet** : l'unité statistique sera l'**individu**
- **2^{ème} volet** : l'unité statistique sera la **structure de soins** (cabinet médical, centre de santé...)

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

- **Champ des individus sélectionnés** : identiques à celui du dispositif CONSTANCES, c'est-à-dire les sujets éligibles (âgés de 18 à 69 ans, résidant dans l'un des 16 départements couverts à ce jour).
- **Champ des services de soins sélectionnés** : l'enquête se limitera aux demandes de consultations suivantes :
 - o avec un médecin (généraliste comme spécialiste), en ville (cabinet, maison ou centre de santé, etc.), ou en consultation à l'hôpital ;
 - o avec un chirurgien-dentiste, en ville (cabinet, maison ou centre de santé, etc.) ou en consultation à l'hôpital ;
 - o l'enquête exclut les contacts aux services hospitaliers en lien avec une demande de d'intervention en chirurgie programmée.

12. Champ géographique de l'enquête

L'enquête sera par construction restreinte aux individus résidant dans l'un des 16 départements couverts à ce jour par CONSTANCES : Bouches-du-Rhône (13), Charente (16), Côtes-d'Armor (22), Gard (30), Haute-Garonne (31), Gironde (33), Ille-et-Vilaine (35), Indre-et-Loire (37), Loire-Atlantique (44), Loiret (45), Meurthe-et-Moselle (54), Nord (caisse 595 de Lille et caisse 624 de l'Artois), Pyrénées-Atlantiques (64), Rhône (69), Paris (75), Vienne (86).

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

Enquête auprès des patients :

La base de sondage est constituée de l'ensemble des volontaires participant au dispositif CONSTANCES : à ce jour, près de 60 000 individus suivis.

Afin d'aboutir à un objectif de 20 000 patients suivis pour l'enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins, le taux de sondage sera donc relativement important (de l'ordre de 1 sur 3).

Enquête auprès des structures de soins :

Les structures de soins enquêtées dans un deuxième volet seront tirées dans la liste des structures de soins qui auront été contactées par les patients du premier volet. Cette information sera disponible puisqu'en principe les coordonnées de la structure de soins contactées figureront dans les informations à remplir par le patient dans chacun de ses questionnaires de contact. Une alternative (*non encore tranchée à ce stade*) sera de récupérer ultérieurement les coordonnées des structures contactées et effectivement consultées *via* les données du SNIIRAM collectées en routine par CONSTANCES sur ces patients. En effet si le rendez-vous a effectivement eu lieu, les informations relatives à la consultation vont figurer dans le SNIIRAM, elles permettront d'identifier le lieu de consultation. Cependant cette solution occulte les demandes de contact qui n'ont pas abouti, et dont il est potentiellement intéressant de connaître l'ampleur pour mieux appréhender les difficultés d'accès aux soins.

La taille de l'enquête auprès des structures de soins n'est pas encore tranchée, on peut cependant tabler sur un ordre de grandeur de 1000 structures de soins.

14. Mode de collecte

Enquête auprès des patients :

- L'enquête sera menée **par courrier** : IPSOS (prestataire de maîtrise d'œuvre de la Drees) enverra une lettre-avis ainsi qu'un carnet de questionnaire vierge à remplir par chaque patient. En fonction de l'avancement du remplissage des questionnaires, IPSOS pourra ré-expédier des carnets vierges aux patients le demandant. Une relance postale sera prévue à mi-parcours (3 mois). A l'issue des 6 mois, les patients retournent l'intégralité des questionnaires remplis. A titre indicatif, un prototype de questionnaire figure en annexe de cette fiche.
- Les coordonnées des participants seront transmises par CONSTANCES à IPSOS *via* un protocole sécurisé (passage par un tiers de confiance).
- Les résultats de l'enquête auprès des patients seront appariés avec une sélection d'informations collectées en routine par CONSTANCES (données socioprofessionnelles et médico-administratives).

Enquête auprès des structures de soins :

Les modalités d'enquête ne sont pas encore tranchées, cependant elle devrait se faire par **téléphone** (mode de recueil le plus fréquent des enquêtes auprès de cabinets médicaux).

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

- **Enquête auprès des patients** : l'enquête aurait lieu entre début janvier et fin juin 2016, pendant 6 mois.
- **Enquête auprès de structures de soins** : compte-tenu des délais de traitement du premier volet, l'enquête pourrait débuter autour de fin 2016, et s'étalerait sur 4 à 6 mois.

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

- **Enquête auprès des patients** : compte-tenu de la brièveté du questionnaire (un recto-verso, cf. annexe), on peut estimer une durée de remplissage moyen de chaque questionnaire autour de 5 à 10 minutes. Cette durée peut cependant varier selon le patient et la consultation concernée, en fonction du degré de compréhension des questions, de la complexité du motif de contact, etc. Signalons qu'une **hotline téléphonique** sera mise en place pour les participants tout au long de la collecte, afin de répondre à leurs interrogations éventuelles.
- **Enquête auprès des structures de soins** : la durée de chaque interrogation devrait être également relativement courte, les informations à collecter étant finalement peu nombreuses et pouvant être synthétisées en quelques questions seulement (mode d'organisation, horaires, etc.). Par ailleurs, ces structures sont généralement réticentes à consacrer du temps à ce type d'enquêtes..

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

Un **comité de pilotage** sera mis en place par la Drees. Il inclura, entre autres, des représentants de l'Inserm (équipe CONSTANCES), des directions partenaires du ministère (direction générale de l'offre de soins (DGOS), direction de la sécurité sociale (DSS)), de la CNAMTS, des représentants d'agences régionales de santé (ARS) ainsi que des représentants des professionnels de santé. Ce Copil sera notamment chargé de valider le contenu du questionnaire ainsi que les modalités de réalisation de

l'enquête : il devra se réunir une fois à cet effet en amont de l'enquête « terrain ». Pendant la réalisation de l'enquête, des points d'information relatifs à l'avancement des travaux lui seront transmis ; à l'issue de l'enquête, le Copil se réunira, pour une présentation des enseignements et des tous premiers résultats.

Les **partenaires sociaux** ont déjà été consultés lors de l'étude préalable menée en 2014 par la Drees pour définir les caractéristiques d'un système de collecte de données sur les délais d'attente. Ont notamment été consultés : représentants des professionnels de santé concernés (syndicats, conseils de l'ordre pour les médecins et les dentistes, sociétés savantes, fédérations hospitalières), représentants de patients.

18. Exploitation et diffusion des résultats

- *quel retour d'information à l'unité enquêtée ?*
- *programme envisagé de l'exploitation des résultats : voir tableau ci-dessous*

Type de diffusion envisagée selon la codification	Période de diffusion envisagée	Niveau géographique (2) envisagé pour les résultats	Remarques
Chiffres clés, principaux résultats	1 ^{ère} publication fin 2016	France métropolitaine	
Synthèses, analyses, publications de références	Courant 2017	France métropolitaine	
Fourniture de données	2017	France métropolitaine	Mise à disposition d'un fichier de production et de recherche (FPR) et d'un groupe d'exploitation de l'enquête

19. Moyens humains et financiers mobilisés pour l'enquête

Enquête auprès des patients :

- Maîtrise d'ouvrage (rédaction du projet de recherche, dossiers CNIS et Label, dossier CNIS, échantillonnage, validation du questionnaire, animation du comité de pilotage, suivi de la collecte, interface entre les équipes de Constances et celles de la maîtrise d'œuvre) :
 - o à la Drees : 0,5 ETP sur toute la durée du projet (répartis entre chef de bureau, adjoint, chargé d'étude ponctuel)
 - o externalisé par la Drees : un assistant à maîtrise d'ouvrage (AMOA) à hauteur de 80 000 € à 100 000 €
- Maîtrise d'œuvre (collecte par correspondance) :
 - o À la Drees : 0,1 ETP sur toute la durée du projet
 - o Externalisé : marché d'impressions/envois/saisie de questionnaires à hauteur de 200 000 €
 - o Implication des équipes de Constances (fourniture de données, envoi des coordonnées, mise à disposition d'une *hotline*) : montant encore non connu mais faible ordre de grandeur *a priori*
- Études et communications : 1 ETP à la Drees pendant 6 mois

Enquête auprès des structures de soins :

Il est encore un peu tôt pour fournir une estimation correcte des moyens pour ce volet d'enquête. On peut se contenter à ce stade d'une estimation d'ordres de grandeur :

- Maîtrise d'ouvrage (échantillonnage des structures, validation d'un questionnaire, suivi de la collecte) : 0,5 ETP à la Drees pendant 6 mois
- Maîtrise d'œuvre (enquête téléphonique auprès de 1000 à 2000 structures environ) : environ 50 000 €
- Études et communications : 1 ETP à la Drees pendant 4 mois

Annexe :

Prototypé de questionnaire pour l'enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins

Date à laquelle ce questionnaire est rempli :

Date de demande de contact :

Structure de soins contactée :

- Professionnel libéral
- Centre de santé
- Maison de santé
- Hôpital :
 - Consultation en secteur public
 - Consultation en secteur privé
- Clinique

Option : Coordonnées de la structure de soins (nom, adresse, téléphone) : EN CLAIR,

Alternative : récupérer ces coordonnées via les fichiers Sniiram de CONSTANCES (uniquement pour les structures effectivement consultées).

Professionnel de soins contacté

- Médecin généraliste
- Ophthalmologiste
- Cardiologue
- Gynécologue
- Dermatologue
- Pneumologue
- Chirurgien
- Radiologie, précisez pour quel examen :
 - Scanner
 - IRM
 - Echographie
 - Radiologie classique
- Chirurgien-dentiste
- ORL
- Rhumatologue
- Psychiatre
- Neurologue
- Gastro-entérologue
- Autre spécialité médicale

Etes-vous pour cette structure de soins :

- un patient déjà connu
- un nouveau patient

Pour les RV avec un médecin, ce dernier pratique-t-il des dépassements d'honoraires ?

- OUI
- NON

Motif de la prise de contact :

- cette prise de contact se place dans le cadre d'un suivi régulier pour une maladie chronique (ex : diabète, hypertension artérielle, maladie cardiaque...)
- il s'agit d'un contrôle périodique (contrôle de la vision, contrôle dentaire...)
- demande de rédaction d'un certificat
- vaccination
- contraception
- cette prise de contact est la première pour ce motif* (plusieurs réponses possibles) :
- douleurs (maux de tête, maux de ventre, douleur thoracique, douleurs dentaires...)
 - fièvre, symptômes grippaux, rhume, angine
 - symptômes digestifs (diarrhée, constipation, ballonnement, nausées, vomissements, reflux...)
 - symptômes respiratoires (toux, gêne respiratoire...)
 - symptômes visuels (yeux rouges, vision floue, tâche visuelle...)
 - vertiges
 - fatigue
 - insomnie
 - anxiété, angoisse, dépression
 - problème articulaire
 - éruption cutanée, sensation de grattage...
 - autre symptôme
- cette prise de contact est la suite directe d'un contact précédent :
 - chez le même professionnel que le contact précédent
 - chez un autre professionnel
 - pour un examen radiologique

*** Combien de temps s'est écoulé entre les premiers symptômes et cette demande de contact ?**

- Moins de 2 jours de 2 à 7 jours
 2-3 semaines Plus de 3 semaines

Ressentez-vous un caractère d'urgence pour cette demande de contact ?

- OUI NON

Initiative et modalités de la prise de contact :

- Vous prenez contact de votre propre initiative
 Vous avez appelé par téléphone
 Vous vous êtes rendu sur place
 Vous avez utilisé un agenda internet
 Votre médecin traitant vous a adressé*
 Vous avez appelé par téléphone
 Vous vous êtes rendu sur place
 Vous avez utilisé un agenda internet
 Votre médecin traitant a appelé directement son confrère en votre nom pour la demande de RV*
 Un autre professionnel de santé vous a conseillé de prendre contact*
 Si oui, précisez quel professionnel :
 Vous avez appelé par téléphone
 Vous vous êtes rendu sur place
 Vous avez utilisé un agenda internet
 Un parent ou un proche prend contact en votre nom
 par téléphone
 en se rendant sur place

*** Y a-t-il rédaction d'un courrier par le médecin pour ce contact ?**

- OUI NON

Demandes particulières

- Avez-vous des contraintes, pour cette demande de RV, en matière de jour et d'heure ?
 OUI NON
- Si oui, est-ce un facteur d'allongement du délai de RV ?
 OUI NON

Avez-vous obtenu un RV ?

- OUI NON

Si OUI, date du RV proposé par la structure de soins :

Délai résultant en jours entre la date de demande de RV et le jour du RV obtenu :

Ce délai d'obtention du RV vous paraît-il :

- correct
 rapide
 trop long

Si vous avez répondu « trop long », avez-vous cherché à prendre un RV ailleurs ?
 OUI NON → si oui, remplir un second questionnaire

Ou êtes-vous allé aux urgences hospitalières ?

- OUI NON

Ou avez-vous renoncé à ce contact de soins ?

- OUI NON

Si NON, pourquoi ?

- La structure de soins ne prend pas de nouveaux patients
 Il vous a été demandé de rappeler plus tard
 Vous avez été orienté sur une autre structure
 Autres, précisez :

Quelle a été alors votre réaction ?

- Vous avez cherché à obtenir un RV ailleurs → remplir alors un second questionnaire
- Vous vous êtes rendu sur place → remplir alors un second questionnaire
- Votre médecin traitant a appelé en votre nom → remplir alors un second questionnaire
- Vous vous êtes rendu aux urgences hospitalières
- Vous avez renoncé

Dispositif d'enquêtes annuelles de victimation « cadre de vie et sécurité »

1. Intitulé de l'enquête

L'enquête est intitulée « Cadre de vie et sécurité ».

2. Service producteur

Le département des ressources et des conditions de vie des ménages (DRCVM) de l'Insee et l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP), département de l'Institut national des Hautes Études de la Sécurité et de la Justice (INHESJ), partagent la maîtrise d'ouvrage principale de l'enquête. Le Service statistique ministériel de la sécurité Intérieure (SSMSI) est associé à la maîtrise d'ouvrage du dispositif.

3. Service réalisant la collecte

L'Insee est maître d'œuvre de l'enquête et réalise la collecte.

4. Historique de l'enquête

Le dispositif prolonge le dispositif précédent d'enquêtes annuelles de victimation, initié en 2007, dont l'avis d'opportunité expire en 2015. Un nouvel avis d'opportunité est demandé pour une durée de cinq ans, qui concernera les enquêtes annuelles « Cadre de vie et sécurité » de 2016 à 2020.

En 2005 et 2006, lorsque le dispositif d'enquêtes annuelles était en cours de développement, une distinction avait été faite entre d'une part les deux premières parties de l'enquête, le questionnaire « ménage » (atteintes aux biens du ménage) et le questionnaire individuel (atteintes aux personnes de la part d'auteurs extérieurs au ménage), et d'autre part une troisième partie appelée « questionnaire auto-administré sur les violences sensibles ». Cette dernière partie avait été présentée au CNIS séparément car son protocole de collecte spécifique (questionnaire auto-administré) la différenciait des questionnaires en face à face classiques.

De 2007 à 2011, le questionnaire auto-administré a démontré qu'il était en mesure d'apporter des informations inédites sur les violences sexuelles et les violences au sein du ménage. Elles ont été exploitées conjointement avec les informations sur les violences physiques hors ménage obtenues à partir du questionnaire individuel. C'est pourquoi, depuis 2012, l'enquête « Cadre de vie et sécurité » intègre le questionnaire auto-administré au même titre que le questionnaire « ménage » et le questionnaire individuel.

En 2013, une expérimentation sur internet a été réalisée dans le cadre du plan expérimental piloté par la direction de la méthodologie de l'Insee, mené dans le but d'accumuler de l'information sur les enquêtes Internet et dans la perspective d'une éventuelle intégration des différents modes de collecte au sein d'une enquête de victimation multimode. L'enquête sur les vols, les violences et la sécurité (VVS) reprenait une partie des thématiques de CVS en s'appuyant pour l'essentiel sur les mêmes questions. Il s'agissait d'une version courte du questionnaire de CVS 2013, transposée sur Internet.

En 2014, un nouveau module sur les « violences psychologiques au sein du couple » est introduit. Ce choix est la conséquence de la reconnaissance pénale du harcèlement moral au sein du couple au même titre que les autres violences.

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

Huit enquêtes annuelles « Cadre de vie et sécurité » ont été réalisées en métropole entre 2007 et 2014 (1^{er} trimestre), avec en moyenne 17 000 répondants (13 500 pour le questionnaire auto-administré). En 2011, l'enquête « Cadre de vie et sécurité » a été aussi réalisée ponctuellement à La Réunion. En 2015, elle est réalisée en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane.

En 2013, il était prévu une enquête de victimation européenne régie par un règlement. L'enquête « Cadre de vie et sécurité » de 2013 devait être aménagée pour pouvoir répondre à ce règlement (essentiellement par l'ajout de questions pour des thématiques non couvertes par CVS, comme la fraude à la consommation ou la corruption). Cette enquête a finalement été rejetée par le Parlement européen, fin 2012. Le projet n'est cependant pas définitivement abandonné car certains États, ne disposant pas d'un dispositif d'enquêtes de victimation, sont toujours demandeurs.

En ce qui concerne l'enquête « Cadre de vie et sécurité », les données nationales sont diffusées sur le site de l'INSEE dans la rubrique « thèmes/conditions de vie/justice » et sous forme de fiches thématiques dans France portrait social (éditions 2008 à 2014), Regards sur la parité (édition 2008 et 2012), Tableaux de l'économie française (édition 2015). Cinq Insee Première ont été publiés : n°1133 « On pardonne tout à son quartier sauf...l'insécurité, les dégradations, le bruit » en mai 2007, n° 1177 « Protéger son logement contre le vol et contre ses peurs » et 1180 « Les violences faites aux femmes » en février 2008, n°1473 « femmes et hommes face à la violence » en novembre 2013 et 1506 « Education nationales : Des métiers exposés aux menaces et aux insultes » en juillet 2014. Enfin un Insee première sur les violences psychologiques est en cours de rédaction et le prochain Insee références sur les couples et familles contiendra une fiche sur les violences familiales. Le dossier d'Économie et Statistique n° 448-449 utilisant les enquêtes 2007 à 2009 a été publié en octobre 2012. Un Insee partenaires (La Réunion) n°16 de juin 2012 présente les résultats de l'enquête de 2011 à La Réunion, comparativement à ceux de la France métropolitaine.

Les huit premières enquêtes annuelles ont fait l'objet de publications en novembre de chaque année dans le rapport annuel de l'ONDRP, et de publications ponctuelles de l'ONDRP (Grand Angle n°14, 19, 22, 23, 27, 28, 31 et 34; Repères n°14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 24 et 27 ; Synthèses et Références n°1) et du Ministère de la Justice (Infostat 110). Elles ont également fait l'objet de publications dans la lettre de l'Observatoire des violences faites aux femmes (n°1 et 4) et dans le rapport annuel de l'ONZUS (Observatoire national des zones urbaines sensibles). Des résultats ont par ailleurs été présentés lors des colloques organisés par la Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) du 20 novembre 2013 intitulé « Violences envers les femmes : la formation des professionnel-le-s, une urgence de santé publique » et du 20 novembre 2014 intitulé « Violences faites aux femmes : mobiliser les professionnel-le-s par la formation ».

Dans le monde de la recherche, le Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (CESDIP) publie également régulièrement des articles à partir de l'enquête CVS. Enfin, l'accès au Centre d'Accès Sécurisé aux Données (CASD) à des données géographiques fines (Iris) permet le développement d'études sur les déterminants locaux de la victimation.

Les fichiers de production et de recherche (FPR) des enquêtes 2007 à 2013 ont été mis à la disposition des chercheurs via le centre Maurice Halbwachs et ont été livrés au Centre d'Accès Sécurisé aux Données (avec les codes commune et Iris) ; pour l'édition 2014, la constitution du FPR est en cours.

Suite au rapport de l'Inspection générale de l'Insee sur les enquêtes multimodes, une enquête méthodologique Internet/papier « Vols, violences et sécurité » a été menée au 1^{er} trimestre 2013. Elle a été présentée le 4 juillet 2012 au comité du label qui lui a délivré un avis d'examen. L'exploitation des données de cette enquête expérimentale de victimation par Internet/papier a fait l'objet de la note n°469/DG75-L101/DB/ML du 30 juillet 2014. L'analyse des résultats de l'enquête VVS a montré que la convergence entre les deux enquêtes est largement insuffisante pour envisager une bascule du protocole de CVS vers un protocole uniquement auto-administré tel que celui de VVS ; d'une part en raison de différences assez sensibles dans les corrélations observées entre victimations et critères sociodémographiques, d'autre part en raison de divergences importantes sur les victimations liées aux vols, qui traduisent un effet de sélection à travers des variables non-observables. Par ailleurs, une intégration à court terme des différents modes de collecte au sein d'une même enquête multimode sur les victimations ne semble pas directement envisageable. En effet, sans pouvoir conclure de manière définitive sur l'ampleur des effets de mode (liés à l'erreur de mesure), la question d'une certaine confusion des concepts entre les variables vols avec violences / violences physiques en l'absence d'un enquêteur se pose, de même que celle d'une confusion entre vols personnels et cambriolages dans VVS.

Au moment de la mise en place du dispositif d'enquêtes annuelles de victimation, deux pays faisaient référence en la matière, les États-Unis¹ et la Grande-Bretagne (*Angleterre et Pays de Galles² précisément*) qui disposaient déjà d'une enquête annuelle. Aujourd'hui, d'autres pays européens possèdent un dispositif annuel, comme les Pays-Bas, autre pays pionnier dans ce domaine qui a effectué une refonte de son moniteur de la sécurité en 2012³, ou la Suède depuis 2006⁴. Plus récemment, sous l'impulsion de l'ONU, des pays confrontés à de graves problèmes de délinquance comme le Mexique ou l'Afrique du Sud ont lancé des enquêtes annuelles de victimation.

L'enquête annuelle « Cadre de vie et sécurité » permet aujourd'hui au système statistique public français au sens large d'être un des plus expérimentés en la matière, et d'être sollicité comme telle : *l'apport de la France au groupe d'experts sur les statistiques de la délinquance à l'ONU à Vienne en février 2013⁵ puis en mai 2014⁶, dans le cadre de la conception d'une classification internationale des infractions, s'est largement appuyé sur les enseignements tirés de l'enquête « Cadre de vie et sécurité ».*

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

Ce dispositif a pour objectif général de mesurer auprès des ménages et des personnes interrogés la fréquence des atteintes subies au cours du passé récent (les 2 années civiles précédant l'enquête). On peut ainsi évaluer la proportion de ménages ou de personnes se déclarant victimes. On peut analyser leurs caractéristiques socio-démographiques et déterminer le nombre, la nature et les conséquences des actes subis. Le dispositif permet aussi d'estimer la part des victimes qui ont porté plainte et d'effectuer des comparaisons en tendance avec les données administratives sur les faits constatés (notamment celles extraites de l'outil d'enregistrement des crimes et délits non routiers appelé « état 4001 »). Il cherche aussi à mesurer la distribution dans la population du sentiment d'insécurité lié à la délinquance (sécurité dans le quartier, problèmes de délinquance), ainsi que les effets de la victimation subie (dommages matériels et psychologiques, conséquences dans la vie quotidienne des victimes).

L'enquête « Cadre de vie et sécurité » (CVS) se déroule majoritairement en face à face et débute par les questions du TCM (tronc commun des ménages). Elle comporte trois questionnaires :

- le questionnaire ménage en face à face qui aborde la qualité de l'environnement du logement, la description des cambriolages, dégradations des résidences principale et secondaire, des vols et dégradations des véhicules possédés, les escroqueries bancaires ;
- le questionnaire individuel en face à face qui s'adresse aux personnes de 14 ans ou plus. Il traite des agressions, vols personnels, menaces et injures, de la perception du risque de victimation et des comportements face à ce risque. Les victimes sont aussi interrogées sur les conséquences des violences subies (blessures, hospitalisation, incapacité temporaire de travail, arrêt de travail, impact psychologique) et sur les suites données (dépôt de plainte, recours à une association d'aide aux victimes...);
- le questionnaire individuel auto-administré qui s'adresse aux personnes de 18 à 75 ans pour les violences « sensibles », c'est-à-dire les violences sexuelles et les violences physiques au sein du ménage. Il existe dans une version française et dans une version « allégée » en langues arabe, allemande, anglaise, portugaise et turque. Depuis l'enquête de 2014, des questions concernant les violences psychologiques entre conjoints ont été intégrées. En effet, la loi n° 2010-769 du 9 juillet 2010 - article 222-33-2-1 a créé un délit de harcèlement moral au sein du couple.

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

Le dispositif a été mis en place en 2007 à la demande de l'ONDRP, du ministère de la Justice et du secrétariat général du comité interministériel à la ville, financeurs de l'enquête.

¹ <http://www.bjs.gov/index.cfm?ty=dcdetail&iid=245>

² <http://www.crimesurvey.co.uk/>

³ <http://download.cbs.nl/pdf/veiligheidsmonitor-2014.pdf>

⁴ <https://www.bra.se/bra/bra-in-english/home/crime-and-statistics/swedish-crime-survey.html>

⁵ <http://unstats.un.org/unsd/statcom/doc13/RD-CrimeStats.pdf>

⁶ http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/crime/ICCS/17EGM_2014_Final_Reprot_May_2014.pdf

La réalisation annuelle de l'enquête CVS est dorénavant prévue par une annexe de la « loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure » (dite « LOPPSI2 ») promulguée le 14 mars 2011 (cf. l'annexe intitulée "rapport sur les objectifs et les moyens de la sécurité intérieure à l'horizon 2013" : « *Tous les ans, l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP) procédera, en liaison avec l'Institut national de la statistique et des études économiques, à une enquête nationale de victimation dont les résultats seront publiés* »).

Dans le processus de connaissance de l'évolution et de la nature des phénomènes de délinquance, l'annualité d'une enquête nationale de victimation comme l'enquête « Cadre de vie et sécurité » apparaît comme une nécessité.

Le caractère annuel de l'enquête permet tout d'abord de mener des études en tendance, publiées notamment dans les rapports annuels de l'ONDRP. A titre d'exemple, l'un des résultats les plus remarquables est la mesure, lors des quatre dernières enquêtes (2011 à 2014), d'une proportion de personnes se déclarant victimes de violences, menaces ou injures plus faible que lors des enquêtes précédentes alors même que la fréquence du sentiment d'insécurité était en augmentation. D'autres tendances majeures révélées par l'enquête ont concerné les atteintes liées aux véhicules à moteur, les cambriolages de résidence principale ou les vols personnels avec violences ou menaces.

Les évolutions annuelles mesurées par les enquêtes CVS ont pu jusqu'en 2011 être comparées à celles issues des données administratives (état 4001, cf infra.). Les résultats ont été variables selon les atteintes, sachant qu'en cas de divergence, la tendance fournie par l'enquête est considérée comme la référence. Pour les actes de vandalisme, la baisse des faits constatés n'était pas confirmée par l'enquête sur la période 2006-2010, et, par la suite, les méthodes d'enregistrement des faits constatés de cette nature ont été mises en cause dans un rapport d'inspection⁷.

Le développement de nouveaux outils de collecte des statistiques sur les faits constatés a entraîné une rupture de continuité dans les séries de la gendarmerie Nationale (à partir de 2012) et de la police Nationale (à partir de 2013). Par conséquent, l'enquête nationale de victimation est, de façon transitoire, l'unique source susceptible de fournir des tendances à l'échelle de la France métropolitaine.

Enfin, même si l'échantillon d'une enquête est conséquent, il reste insuffisant pour décrire finement des victimations rares comme les violences sexuelles ou les violences intra-ménage. En cumulant les échantillons de plusieurs enquêtes successives, il est possible de mener des analyses structurelles sur les caractéristiques des atteintes et le profil des victimes.

Les résultats des enquêtes de victimation continueront d'alimenter les travaux de l'ONDRP, en particulier son rapport annuel publié en novembre. Parmi les utilisateurs potentiels, on peut citer des administrations (ministères de l'Intérieur, de la Justice, de l'Éducation nationale, ministère chargé des transports, commissariat général à l'égalité des territoires), chercheurs traitant des questions sociales soulevées par la délinquance. Les partenaires les plus intéressés par le questionnaire sur les « violences sensibles » sont ceux qui travaillent en particulier sur les violences faites aux femmes comme l'Observatoire de la parité entre les femmes et les hommes, le service des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes (SDFE) du ministère des Affaires sociales et de la Santé, le ministère des Droits des femmes et la MIPROF.

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)

Le dispositif d'enquêtes annuelles « Cadre de vie et sécurité » présenté pour 2016 et les années suivantes reconduit le dispositif d'enquêtes de victimation annuelles 2007-2015. Avant 2007, des questions de victimation avaient été posées au mois de janvier, de 1996 à 2006, dans le cadre du dispositif des Enquêtes Permanentes de Conditions de vie (EPCV).

Des enquêtes locales sont conduites ponctuellement ou de façon régulière, comme celle réalisée en Ile-de-France depuis 2001, tous les deux ans, par l'Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Ile-de-France.

⁷ <http://www.interieur.gouv.fr/Publications/Rapports-de-l-IGA/Rapports-recents-classes-par-date-de-mise-en-ligne/Rapport-sur-l-enregistrement-des-plaintes-par-les-forces-de-securite-interieure>

A l'échelle nationale, le dispositif d'enquêtes annuelles de victimation « Cadre de vie et sécurité » constitue depuis 2007 une source de données unique en son genre à la fois par sa régularité, la richesse de ses thèmes et la taille de son échantillon. Elle permet à la France de disposer en matière de mesure statistique des phénomènes de délinquance, de deux sources statistiques complémentaires : données d'enquêtes et données administratives. Il existe désormais un consensus international, et en particulier européen, sur la nécessité de procéder ainsi. Les sources administratives sont dominées par une statistique particulière, "l'état 4001", élaboré par la Police Nationale et la Gendarmerie Nationale. Avec 107 types d'infraction à l'encontre des biens et personnes, suivis mensuellement, cette source a longtemps été unique (hors les statistiques judiciaires, qui ne concernent que les faits transmis au parquet). Les limites de ces données administratives sont bien connues : elles recensent les seuls faits portés à la connaissance de la police, on n'y dispose que d'une description socio-démographique très sommaire des victimes, on ne peut y appréhender l'influence de la délinquance sur les représentations ou les comportements des individus. De plus, dans le contexte particulier des années 2012 à 2015, au cours desquelles successivement la gendarmerie nationale (en 2012) puis la police nationale (en 2014) ont fait évoluer leur outil de collecte statistique sur la délinquance enregistrée, l'enquête annuelle « Cadre de vie et sécurité » est demeurée la seule source statistique susceptible de mesurer des évolutions par rapport à la période 2006-2011.

Une autre enquête concernant les violences, l'enquête Violences et rapports de genre (Virage) de l'Ined, est en cours. L'Insee a participé à plusieurs réunions sur la préparation de cette enquête. Une publication de premiers résultats est prévue fin 2016. Cette enquête est soutenue par le ministère des Droits des femmes et la MIPROF. L'Enquête nationale sur les violences envers les femmes (ENVEFF), réalisée en 2000, fut la première opération scientifique qui, en France, a permis de mesurer l'ampleur des violences faites aux femmes. Le projet Virage entend actualiser et approfondir la connaissance statistique des violences faites aux femmes et se propose d'étendre son champ d'investigation à la population masculine. Les deux enquêtes, Virage et « Cadre de vie et sécurité », sont différentes et donc complémentaires :

- L'enquête Virage s'intéresse uniquement aux violences faites aux personnes. Elle a pour objectif principal de construire des typologies des situations de violence. La construction d'indicateurs de gravité tenant compte du cumul des différentes formes de violences (verbales, psychologiques, physiques, sexuelles) et de leur répétition pour chacun des contextes explorés par son questionnaire (couple, famille, travail, espace public) permettra de mieux comprendre les conséquences sociales des violences, sur la santé mais aussi sur les trajectoires familiales, scolaires, professionnelles et résidentielles. Elle vise encore à améliorer la connaissance sur certains sujets, comme les violences au travail ou la situation des enfants dans le cadre de violences conjugales. Elle dispose pour ce faire d'un questionnement plus fin que celui envisageable dans une enquête annuelle généraliste.
- L'enquête « Cadre de vie et sécurité » prend en compte, non seulement, les violences, menaces ou injures, mais aussi d'autres atteintes comme les vols ou les actes de vandalisme, si bien que les tendances annuelles qu'elle fournit porte sur l'ensemble des principales atteintes aux personnes ou à leurs biens. Elle intègre aussi des questions sur les suites « institutionnelles » des atteintes subies (dépôt de plainte, accueil à la police ou gendarmerie, suites données à la plainte) et sur le ressenti des personnes en matière de sécurité.

Avoir une enquête ponctuelle dont certains résultats peuvent être comparés à ceux d'une enquête annuelle présente un intérêt méthodologique, puisque, sur les questions communes, des études pourront être menées sur l'effet dû au mode de collecte notamment : collecte en face à face et questionnaire auto-administré pour « Cadre de vie et sécurité », collecte par téléphone et internet pour Virage avec un questionnement plus détaillé.

L'analyse des résultats de l'enquête Virage et la comparaison avec l'enquête CVS seront discutés au sein du comité d'exploitation de l'enquête, qui regroupe les différents utilisateurs, dans le but d'améliorer, si nécessaire, le module violences psychologiques et la description des violences sensibles dans l'enquête.

9. Insertion dans un système d'information

Pour les cinq premières éditions, l'enquête CVS se divisait en deux parties : d'une part le questionnaire en face à face auquel répondent les ménages et en leur sein une personne de 14 ans et plus, et d'autre part le module auto-administré sur les violences sensibles. Le premier avait reçu un avis d'opportunité jusqu'en 2011 alors que le second, du fait de son caractère expérimental a nécessité une demande renouvelée chaque année.

Les résultats publiés depuis novembre 2007 ont apporté des informations inédites sur la fréquence, la nature et le taux de plainte en matière de violences physiques ou sexuelles, en particulier pour ce qui est des violences au sein du couple. Ces informations sont reprises aujourd'hui par les acteurs qui travaillent sur ces questions, comme la MIPROF.

Le module sur les « violences sensibles » répond à des attentes exprimées depuis longtemps sur les violences au sein des ménages. Par ailleurs, grâce à la grande taille de l'échantillon, la répétition du module sur les « violences sensibles » offre des possibilités d'analyse à la fois conjoncturelle et structurelle très étendues.

10. Cible de l'enquête

Le champ est composé des ménages habitant un logement ordinaire (enquête en population générale). Les unités enquêtées sont les personnes de 14 ans et plus. Une personne est interrogée par ménage. Si elle a entre 18 et 75 ans, il lui est demandé de remplir l'auto-questionnaire « violences sensibles », en plus du questionnaire individuel qui recense déjà les violences physiques (vols avec violences, violences physiques hors vols, hors personnes vivant avec l'enquêté et hors violences sexuelles).

11. Champ de l'enquête

Il s'agit d'enquêtes en population générale auprès d'un échantillon de logements de France métropolitaine et éventuellement d'un ou plusieurs DOM.

Le questionnaire « ménage » s'adresse à un adulte du ménage-unité de vie, de préférence la personne de référence ou un membre du groupe de référence.

Le questionnaire « individuel » en face à face s'adresse à une personne par ménage-unité de vie présent dans le logement, tirée au sort parmi les personnes de 14 ans ou plus au 1^{er} janvier de l'année d'enquête. Le proxy n'est pas autorisé ; une seconde visite est possible.

Le questionnaire « individuel » auto-administré s'adresse à la personne tirée au sort pour le questionnaire « individuel » en face à face sous condition qu'elle soit âgée de 18 ans au moins au jour de l'enquête et ait 75 ans ou moins au 1^{er} janvier.

12. Champ géographique de l'enquête

L'enquête annuelle concerne la France métropolitaine.

Elle a été réalisée à La Réunion en 2011 (1 500 logements échantillonnés) et en Guadeloupe, Martinique et Guyane en 2015 (3 000 logements échantillonnés par département).

13. Bases de sondage, échantillonnage

L'échantillon de l'enquête CVS est sélectionné dans l'Echantillon-Maître Octopusse de l'INSEE. Jusqu'en 2015, des logements en zones urbaines sensibles (ZUS) étaient surreprésentés. L'entrée en vigueur des « nouveaux quartiers prioritaires » au 1^{er} janvier 2015 entraîne l'abandon du sur-échantillon ZUS pour les années suivantes et la mise en place d'un sur-échantillon « nouveaux quartiers prioritaires ». Les nouveaux quartiers prioritaires étant définis à partir des données carroyées de l'Insee, le sur-échantillon devra être tiré dans les fichiers fiscaux.

Il est composé de deux sous-échantillons : un échantillon standard (18 000 logements pour CVS 2016) et un échantillon tiré à partir des fichiers fiscaux (3 000 logements pour CVS 2016). Un nouvel échantillon est tiré chaque année.

L'échantillon standard est sélectionné dans les cinq dernières campagnes de recensement disponibles au moment du tirage. Le nombre de répondants attendu est de 17 000 ménages environ et de 13 500 individus pour ce qui concerne le module « violences sensibles ».

Cette taille importante de l'échantillon permet d'étudier les victimations rares ; pour des analyses structurelles fines concernant certaines victimations (par exemple les violences intra-ménages), il reste cependant nécessaire « d'empiler » plusieurs enquêtes afin de disposer d'un échantillon de taille suffisante.

14. Mode de collecte

L'enquête sera effectuée sous la forme d'un questionnaire informatisé (« capisé ») en face à face par un enquêteur du réseau INSEE. Le module « violences sensibles » est passé sous la forme d'un questionnaire informatisé auto-administré, sous casque audio, qui permet aux personnes interrogées de répondre de façon autonome et dans la confidentialité par rapport à toute tierce personne, y compris l'enquêteur ou les autres personnes du ménage.

15. Date et périodicité de la collecte

L'enquête se déroule de début février à début mai de chaque année.

16. Contraintes imposées à l'enquêté

Chaque enquête dure 50 minutes en moyenne dont 8 minutes pour le questionnaire auto-administré (20 minutes maximum).

Le temps de réponse varie selon les événements vécus par l'enquêté(e). En l'absence de victimations subies, la passation du questionnaire dure 40 minutes en moyenne. En cas de victimations multiples, elle peut dépasser une heure.

Un répondant sur quatre déclare au moins une victimation « ménage ». Deux sur dix déclarent au moins une victimation « individuelle » (hors violences « sensibles »). Six sur cent déclarent avoir été victimes d'au moins une violence « sensible ».

L'impact sur la personne enquêtée peut être important, en particulier pour les violences « sensibles ». En effet, certaines questions posées portent sur des événements dont l'évocation peut s'avérer délicate (recensement et description des violences sexuelles, des violences intra-familiales, désignation de l'auteur). Le protocole retenu (questionnaire informatisé auto-administré) permet à l'enquêté de s'isoler et de répondre en toute confidentialité. Un dispositif d'accompagnement est prévu notamment avec la remise d'une fiche comportant des numéros de téléphone d'associations d'aides aux victimes, sachant qu'un numéro d'appel gratuit concernant spécifiquement l'enquête est mis en place au sein de l'INSEE.

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

L'enquête CVS est suivie par un comité de pilotage rassemblant l'INSEE, l'ONDRP et le SSMSI. Un comité d'exploitation regroupe les différents utilisateurs dont l'ONDRP, le SSMSI, le ministère de la Justice, la MIPROF, le CESDIP, la SDFE, l'INED et la CGET. Le comité mise en place début 2015 a été consulté sur les besoins des différents partenaires et sera consulté chaque année sur les évolutions du questionnaire.

18. Exploitation et diffusion des résultats

Le niveau géographique envisagé pour la publication des résultats est la France métropolitaine. La représentativité n'est assurée qu'au niveau des ZEAT au plus. Des études méthodologiques seront menées en 2016 sur des exploitations possibles au niveau régional par estimation petits domaines ou calage régional en compilant plusieurs années.

L'enquête alimentera le rapport annuel de l'ONDRP. Ses résultats seront diffusés dans les supports de l'INSEE (site, Insee Première, fiches thématiques dans des Insee Référence...) et donneront lieu à des travaux d'études de l'INSEE et des financeurs (SSMSI, CGET).

Un fichier de production et de recherche sera mis à la disposition des SSM et des chercheurs, par l'intermédiaire du centre Maurice Halbwachs. Le fichier de production et de recherche est également accessible aux financeurs de l'enquête, aux SSM et aux autres organismes présentant des garanties relatives à un usage professionnel de la statistique qui en feront la demande, selon les modalités de diffusion en vigueur au moment de cette demande, sous réserve de l'accord de l'INSEE et de la signature d'une licence d'usage précisant les modalités de mise à disposition.

19. Moyens humains et financiers mobilisés pour l'enquête

L'enquête CVS en métropole coûte 2 M € en coûts directs de collecte. Les coûts de collecte et de formation s'élèvent à 46,5 ETP.