

Lailat ABDALLAH - Sarah ABDOUNI - Emin AGAMALIYEV - Aline ALBERT - Stéphane ALLEGRET - Élise AMAR - Éric AMRANE - Mathias ANDRE - Jean-Claude ARBAUT - Anna ARIDON - Pascal ARROS - Martine AUBERT-BIAS - Patrick AUBERT - Marion BACHELET - Gérard BADEYAN - Djibrine BARKA ADOUM - Muriel BARLET - Timothée BARNOUIN - Anne-Charlotte BAS - Véronique BATTO - Jean BATREL - Magali BEFFY - Lydie BELLOSO - Thomas BERGERON - Philippe BERTIN - Xavier BESNARD - Thierry BETTY - Jean-Claude BLANCHARD - Jérôme BLANCHE - Bénédicte BOISGUÉRIN - Carole BONNET - Françoise BORDERIES - Sabine BOULANGER - Marion BOUVET - Romain BOUVET - Monique BOYER - Gwennaëlle BRILHAULT - Mathieu BRUNEL - Pierre-Yves CABANNES - Mathieu CALVO - Valérie CARRASCO - Amélie CARRERE - Monique CARRIÈRE - Isabelle CASTEL - Bénédicte CASTERAN-SACRESTE - Marie-Cécile CAZENAVE-LACROUTS - Hélène CHAPUT - Claire CHARAVEL - Nicolas CHARLES - Richard CHEN - Nadia CHOISI - Nathalie CHRETIEN - Christelle CODE - Christel COLLIN - Fabienne COQUELET - Michèle COSTE - Nadège COUVERT - Thibault DARCILLON - Bertrand DASSE - Laurence DAUPHIN - Gérard DAVOULT - Corinne DELATTRE - Céline DENNEVAULT - Christine De PERETTI - Brigitte DESUMEUR - Didier DESHAYES - Aurélien D'ISANTO - Sylviane DISANT - Aurore DOMPS - Alexis DOTIN - Souphaphone DOUANGDARA - Vincent DREVILLON - Cindy DUC - Opale ECHEGU - Jean-Sébastien EIDELIMAN - Christian EGEA - Valérie EVANS - Ida FALINOWER - Carine FERRETTI - Karine FESSLER - Arnaud FIZZALA - Pierre FLEUTIAUX - Nathalie FOURCADE - Annie GARCIA - Gaëlle GATEAUD - Mylène GIRARD - Pascaline GIRARD - Élisabeth GOLBERG - Luc GRAND-DIDIER - Juliette GRANGIER - Céline GRISLAIN-LETREMY - Laurence GRIVET - Corinne GRIZIAUX - Fatima GUEMIAH - Gaëlle GUIBERT - Annie HENRION - Hermann HENRY - Gilles HERBILLON - Élisabeth HINI - Stéphane JEANDET - Noémie JESS - Jordan JOUFFROY - Mathieu JOYAU - Daniel KET - Inès KHATI - Louis KHUN - Jean-Noël KOUYOUMDJIAN - Audrey LAFON - Aurore LAMBERT - Françoise LAPIERRE - Julie LATOURELLE - Aude LEDUC - Ingrid LEFEBVRE-HOANG - Renaud LEGAL - Michèle LELIÈVRE - Manuela LENORMAND - Marie-Clémence LE PAPE - Isabelle LEROUX - Jean-Louis LHERITIER - Bertrand LHOMMEAU - Anaïs LEVIEIL-GUILLON - Pascale LEVREY - Frédéric LOPEZ - Antoine LOUBET - Alexis LOUVEL - Alexandra LOUVET - Lorenza LUCIANO - Thierry MACKEL - Isabelle MADELÉNAT - Badouraly MAHAMADALY - Yara MAKDESSY-RAYNAUD - Claire MARBOT - Rémy MARQUIER - Henri MARTIN - Luc MASSON - Léa MAURO - Sylvie MERLIERE - Myriam MIKOU - Christelle MILLIEN - Nathalie MISSEGUE - Sylvie MOHEDANO - Muriel MOISY - Alexis MONTAUT - Marianne MULLER - Philippe OBERLIN - Jean-Luc OUTIN - Adrien PAPUCHON - Elodie PEREIRA - Etienne PERRON-BAILLY - Bunna PHENG - Matthias PIGNEUR - Jacques PISARIK - Anne PLA - Emmanuel PLIQUET - Catherine POLLAK - Mickaël PORTELA - Nadège PRADINES - Isabelle PRAT - Patrick QUENELISSE - Marie-Hélène QUINCHON - Marie-Odile RATTIER - Christine RAY - Émilie RAYNAUD - Nathan REMILA - Sylvie REY - Maria RHOMARI - Layla Ricroch - Carole RIEU - Carmela RIPOSA - Raphaëlle RIVALIN - Marcel ROCHE - Marie-Laure RONGERE - Romain ROUSSEL - Delphine ROY - Laurianne SALEMBIER - Hady SENGHOR - Éric SERGENT - Daniel SICART - Gwennaël SOLARD - Julie SOLARD - Hélène SOUAL - Joëlle STRASSER - Antoine SIREYJOL Charlotte THOMAS-MOREL - Chaouki TITOUHI - Benjamin TOUAT - Julie TREGUIER - Christophe TROUILLARD - Tan-Hung TRUONG - Valérie ULRICH - Mélanie VANDERSCHULDEN - Noémie VERGIER - Ghislaine VERTUEUX - Annick VILAIN - Sophie VILLAUME - Pauline VIROT - Franck VON LENNEP - Thomas VROYLANDT - Albert VUAGNAT - Engin YILMAZ - Xavier ZEGARRA MARTINEZ -



Sommaire

Le mot du directeur.....2 et 3

> Les quatre faits marquants de l'année 2015

Faciliter l'accès aux données de santé.....	4
Les politiques sanitaires et sociales vues par les Français.....	5
Coordonner le système statistique en matière de santé.....	6
Mesurer l'action sociale des communes.....	7

> L'observation de la santé.....9

Observer la santé aux différents âges de la vie.....	10-11
Analyser les parcours de soins.....	12
Comprendre les inégalités sociales de santé.....	13
Professionnels de santé : parcours et conditions de travail.....	14
Établissements de santé : activité, organisation, financement.....	15
Les arrêts maladie : prise en charge et impact.....	16
L'évolution des dépenses de santé.....	17

> L'observation de la solidarité.....19

Évaluer l'aide apportée aux personnes les plus modestes.....	20
Soutenir les personnes en situation de perte d'autonomie.....	21
Appréhender les modes de vie des jeunes.....	22
Étudier le budget des familles consacré aux enfants.....	23
Retraites : analyser les fins de carrière.....	24
Observer l'action sociale des départements.....	25
Consolider les politiques sociales.....	26
Les organismes complémentaires à la loupe.....	27
Développer des outils d'évaluation.....	28
Éclairer les politiques publiques.....	29
Diffuser et valoriser les travaux statistiques.....	30
Les missions de la DREES.....	31
Sigles utilisés.....	32

Des outils innovants au profit de l'action publique



Franck von Lennepe, Directeur de la DREES

La DREES exerce le pilotage stratégique de l'accès aux données de santé

Ma première satisfaction concerne la publication de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Son article 193 crée en effet les conditions d'un accès plus ouvert, mais aussi sécurisé, aux données de santé pour améliorer l'information du public et favoriser la recherche et l'innovation. Ses dispositions sont fondées sur les travaux de la commission open data que j'ai présidée avec Philippe Burnel, délégué à la stratégie des systèmes d'information en santé.

La DREES s'est vue confier dans les textes la mission de gouvernance des données de santé en octobre 2015. À ce titre, elle exerce, pour le compte du ministère, le pilotage stratégique de l'ensemble du système. Je mesure l'ampleur des travaux qui nous attendent mais je sais que nous pourrions nous appuyer sur une équipe – la mission d'accès aux données de santé – renforcée.

Des opérations statistiques innovantes

En 2015, la DREES a interrogé des communes et des intercommunalités sur leur action sociale. Elle sera ainsi en mesure, fin 2016 ou début 2017, de dresser un panorama des aides et actions qu'elles conduisent et qui viennent compléter l'action sociale des départements.

Elle a travaillé à l'aboutissement de deux dispositifs statistiques innovants. L'enquête nationale sur les ressources des jeunes, réalisée en partenariat avec l'Insee et collectée fin 2014, permettra de mieux connaître, dès 2016, les conditions de vie des jeunes adultes et leur accession à l'autonomie. Les enquêtes CARE sur l'autonomie des personnes âgées, qui ont interrogé en 2014 et 2015 des

En 2015, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a activement participé à plusieurs travaux législatifs. Elle a poursuivi ou préparé plusieurs opérations statistiques innovantes. Grâce à la qualité de ses travaux et à la réactivité de ses équipes, elle a éclairé la décision pour les grands projets du ministère des affaires sociales et de la santé. Elle a modernisé ses publications et continué d'accroître son impact dans le débat économique et social.

personnes vivant à leur domicile, seront poursuivies en 2016 auprès des personnes vivant en institution.

Elle a préparé plusieurs opérations de collecte : l'enquête sur les délais d'accès aux soins de 2016, qui permettra de quantifier les difficultés d'accès à certaines spécialités médicales, l'enquête nationale périnatale de mars 2016, et l'enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise de 2017 qui permettra d'évaluer la mise en œuvre de la généralisation de la complémentaire santé dans le secteur privé.

La DREES a redéfini le système français d'observation en santé, qui articulera davantage données d'enquêtes et données médico-administratives et coordonnera mieux ses différents acteurs. Du fait de sa connaissance de l'état de santé dans les DOM et des systèmes d'information, elle a été associée à la préparation de la stratégie de santé en outre-mer, co-pilotée par le secrétaire général des ministères sociaux et le directeur général de l'outre-mer ; elle pilote dans ce cadre un groupe de travail des producteurs de données.

Éclairer la décision du ministère

La direction a été très présente dans les grands projets du ministère, par son expertise technique en matière de simulation et d'évaluation de réformes. Elle a ainsi contribué à la préparation des projets de loi relatifs à l'adaptation de la société au vieillissement ou au dialogue social et à l'emploi. Dans le cadre de cette dernière loi qui a réformé les dispositifs du RSA activité et de la prime pour l'emploi au 1^{er} janvier 2016, elle a étudié, en liaison avec la direction générale de la cohésion sociale, les conséquences en termes financiers et redistributifs de la création de la prime d'activité.

Pour remplir ce rôle d'expertise et d'évaluation, la DREES a continué à développer ses outils de microsimulation dans le champ de la redistribution, la dépendance, les restes à charge en santé et les retraites – elle a notamment évalué les effets des réformes réalisées depuis 1993. D'autres outils ont été développés en matière d'offre de soins et sont fournis aux agences régionales de santé dès lors qu'elles souhaitent faire évoluer l'offre de soins sur un territoire. Le nouveau bureau d'appui à l'évaluation et aux études régionales leur fournira une aide méthodologique pour leurs travaux d'études ou d'évaluation.

La DREES a noué un partenariat avec l'Assurance maladie et la CNSA à travers la création du Groupement d'intérêt public Irdes, qui a pris la suite de l'association loi de 1901 préexistante, afin de renforcer l'articulation entre la recherche et les besoins des politiques publiques en matières sanitaire et médico-sociale.

En 2015, des indicateurs de suivi de la mise en œuvre du plan gouvernemental de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, déclinés au niveau des territoires, ont été livrés aux directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale. Ils sont l'aboutissement d'un partenariat entre l'Insee, la DREES et les DRJSCS.

La DREES a animé les travaux de l'Observatoire national du suicide qui ont conduit à la publication de son deuxième rapport, consacré aux actions de prévention et aux données locales. Cinq projets de recherche sur le suicide et sa prévention ont été lancés.

La DREES a également nourri les travaux du Conseil

d'orientation des retraites, des Hauts Conseils de la famille, de l'avenir de l'assurance maladie, du financement de la protection sociale, ainsi que ceux de la Cour des comptes et de l'inspection générale des affaires sociales.

Promouvoir les travaux de la DREES

La notoriété de la DREES s'est sensiblement accrue en 2015. Grâce aux travaux de refonte de la ligne éditoriale et de la maquette de nos publications menés depuis 2013, nous disposons désormais de collections rénovées. Du fait de l'attention portée à la qualité rédactionnelle de ses études, de la diffusion systématique d'avis de publication et de la rédaction de communiqués de presse, les retombées presse de la DREES ont fortement progressé depuis 2013, tant sur internet que dans la presse écrite. L'espace data.drees, qui rassemble toutes les données diffusées par la direction, est également de plus en plus fréquenté par les internautes.

La DREES a organisé de nombreuses manifestations publiques ou professionnelles. Début 2016, elle a ainsi réuni les directeurs de l'action sociale des conseils départementaux pour présenter ses outils d'observation et ses travaux d'études.

Ce deuxième rapport d'activité de la DREES présente l'essentiel du travail accompli au cours de l'année 2015 grâce à l'engagement et aux compétences de toutes les personnes de la direction.

Analyser l'interaction entre environnement, santé et cohésion sociale

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé a organisé, les 18 et 19 juin 2015, un colloque sur le thème : « Climat, santé, inégalités : quelles solutions ? ». La Revue française des affaires sociales (RFAS), en partenariat avec la Fondation Nicolas Hulot et les Annales des Mines, a organisé la première journée pour dresser un état des connaissances des relations entre environnement et inégalités et santé à l'aune de la 21^e conférence des Nations Unies sur le climat (COP 21) organisée en décembre 2015 à Paris.

Le dossier que la RFAS a consacré aux « Enjeux environnementaux, protection sociale et inégalités sociales » dans son numéro 2015-1&2 analyse notamment, sous différents angles, les concepts de « justice environnementale » et de « justice globale », explore le lien entre dégradation sociale et dégradation environnementale, puis dresse un panorama critique du traitement des inégalités sociales d'environnement dans la perspective de la social-écologie.



La Revue française des affaires sociales

- > Enjeux environnementaux, protection sociale et inégalités sociales, *Revue française des affaires sociales*, 2015 (n° 1-2).
- > État des connaissances des relations entre environnement et inégalités de santé. Actes du colloque du 18 juin 2015 « Climat, santé, inégalités : quelles solutions ? », *Revue française des affaires sociales*, 2015.

Faciliter l'accès aux données de santé

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 crée les conditions d'un accès plus ouvert, mais aussi sécurisé, aux données de santé pour améliorer l'information du public et favoriser la recherche et l'innovation.

Pour favoriser l'ouverture des données de santé détenues par les administrations, Marisol Touraine a chargé en 2013 une commission, animée par Franck von Lenep, directeur de la DREES, et Philippe Burnel, délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé du ministère, de lui faire des propositions.

L'article 193 de la loi de modernisation de notre système de santé est issu de ces travaux. Il entend réformer l'accès aux données de santé afin que leurs potentialités soient mieux utilisées, dans l'intérêt de la santé publique, de la démocratie et du progrès.

La loi de modernisation de notre système de santé

Les mesures proposées comportent deux volets :

- > Le premier vise à multiplier et ouvrir au public les jeux de données complètement anonymes et à permettre la réutilisation des données nominatives publiées par l'assurance maladie sur l'activité des professionnels de santé ;
- > Le second vise à autoriser les traitements des données comportant un risque de ré-identification mais seulement pour des projets d'intérêt public et dans des conditions garantissant le respect de la vie privée des personnes.

La loi crée un « système national des données de santé » (SNDS), qui regroupera les données issues du Système national d'information interrégimes d'assurance maladie (médecine de ville) et du programme de médicalisation des systèmes d'information (données des hôpitaux), celles du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, des données médico-sociales sur le handicap et un échantillon représentatif des données de remboursement des organismes d'assurance complémentaire.

La responsabilité du traitement des données sera confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

La loi définit les finalités du SNDS : l'information des patients et des professionnels, la veille sanitaire, l'évaluation des politiques de santé, la recherche et l'innovation... Elle énonce deux finalités interdites : la sélection du risque par les complémentaires santé (exclusion de garanties, modification de cotisations ou primes) et la recherche en vue de la promotion des produits de santé en direction des professionnels de santé ou d'établissements de santé, notamment pour optimiser la visite médicale.

Le SNDS devra répondre à des garanties de sécurité qui prévoient notamment que les données à caractère personnel y soient traçables, de sorte que nul ne puisse

les recopier pour les utiliser à des fins illicites, et que des contrôles *a posteriori* sur les usages puissent être diligentés.

Pour leurs traitements à fin de recherche, d'étude ou d'évaluation, les personnes produisant ou commercialisant des produits de santé et les complémentaires santé devront soit démontrer que les modalités du traitement respectent les dispositions relatives aux finalités interdites, soit confier le traitement à un laboratoire de recherche ou bureau d'étude, public ou privé. Ce dernier devra présenter à la Cnil un engagement de conformité à un référentiel arrêté par le ministre en charge de la santé.

Les traitements seront autorisés par la Cnil, après l'avis d'un comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé et celui de l'Institut national des données de santé (INDS) qui se prononcera sur l'intérêt public de l'étude.

L'INDS, qui prendra la suite de l'Institut des données de santé, sera un groupement d'intérêt public constitué entre l'État, des représentants des malades et des usagers du système de santé, des producteurs de données de santé et des utilisateurs publics et privés de données de santé.

La DREES, qui s'est vue confier la mission de gouvernance des données de santé par un texte réglementaire d'octobre 2015, exerce, pour le compte du ministère, le pilotage stratégique de l'ensemble du système.

 Loth A. (Coord.), 2015, « Données de santé : anonymat et risque de ré-identification », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 64, DREES, juillet.

Commission Open data drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/technique/commission-open-data-sante/article/commission-open-data-sante

Les politiques sanitaires et sociales vues par les Français

Depuis 2000, grâce à son baromètre, la DREES recueille chaque année l'opinion des Français sur la santé, la protection sociale et les inégalités sociales. Elle dispose ainsi d'un éclairage complémentaire à ses travaux habituels, qui permet de discerner les évolutions perçues des politiques sanitaires et sociales et les variations de cette perception dans la population : par exemple, les femmes considèrent plus souvent que les hommes (43% contre 34%) que les aides à la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle devraient être l'objectif prioritaire de la politique familiale. Le Baromètre d'opinion constitue aussi un outil que la DREES peut mobiliser pour améliorer les méthodes d'enquête et tester la sensibilité des réponses à la formulation des questions (évaluation du renoncement aux soins, de la précarité énergétique...). Également utilisé par de nombreux chercheurs en sociologie ou en science politique, il a donné lieu à plus de 60 publications.

Les Français satisfaits de leur système de santé

Année après année, les Français, dans leur grande majorité, se disent satisfaits du système de santé. Neuf sur dix apprécient particulièrement la qualité des soins prodigués par leur médecin généraliste, qui reste le premier interlocuteur en matière d'informations et de conseils sur la santé. Viennent ensuite les infirmiers avec 85% des personnes interrogées satisfaites, les spécialistes (82%), puis les dentistes et orthodontistes (81%).

Néanmoins, six Français sur dix jugent trop élevées les dépenses de soins restant à leur charge. Cette opinion se révèle d'autant plus forte pour ceux qui ont une santé fragile, ou sont sans couverture santé, ou encore ceux qui disposent de faibles ressources.

Un sentiment de décrochage collectif et la crainte du chômage

Les Français dressent un panorama toujours négatif de l'état de la société qu'ils jugent injuste (76%) et en voie de paupérisation : près de 90% d'entre eux estiment que la pauvreté et l'exclusion ont augmenté au cours des dernières années. Et si huit Français sur dix portent un regard positif sur leur situation personnelle, une grande part exprime des peurs quant à l'avenir. Près de quatre Français sur dix craignent une situation de chômage pour eux-mêmes ou leur entourage. Et autant se considèrent dans une situation dégradée par rapport à celle de leurs parents.

Un soutien réaffirmé à l'universalité des prestations sociales

La crise de 2009 s'était traduite par un mouvement d'opinion en faveur de la restriction de l'accès aux prestations

Le Baromètre d'opinion de la DREES

Depuis 2000, le Baromètre d'opinion de la DREES analyse l'opinion des Français sur la santé, la protection sociale (assurance-maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté-exclusion) et sur les inégalités sociales. Les données 2015 ont été collectées par la société BVA à l'automne 2015, auprès d'un échantillon de 3000 personnes représentatif de la population de 18 ans ou plus en France métropolitaine.

sociales. Mais, en 2015, les Français sont nettement moins nombreux qu'en 2014 à souhaiter que les prestations ne bénéficient qu'aux seuls cotisants. Ce recul diffère suivant les prestations : le soutien à l'universalité des prestations augmente pour l'assurance maladie et les retraites (+6 points et 5 points), tandis qu'un nombre croissant de personnes considèrent que les allocations familiales et l'indemnisation du chômage doivent être réservées aux personnes qui ne peuvent s'en sortir seules (+13 points et 4 points).

 > Baromètre d'opinion de la DREES sur la santé, la protection sociale, les inégalités et la cohésion sociale, Principaux enseignements de l'enquête 2014, DREES, 2015, mars.

drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/barometre_opinion_drees_2014-2.pdf

> Burricand C., Grobon S., 2015, «Quels stéréotypes sur le rôle des femmes et des hommes en 2014?», *Études et Résultats*, n°907, DREES, mars.

> Cambois E. (Ined), Grobon S. (DREES), Robine J-M. (Insermed), Van Oyen H. (Belgian Scientific Institute for Public Health), 2015, «Faut-il changer la formulation des indicateurs de limitations d'activité? Une comparaison de quatre variantes de formulation du GALL», *Dossiers Solidarité Santé*, n°70, DREES, décembre.

Coordonner le système statistique en matière de santé

Mutualiser des enquêtes

Le futur système d'observation en santé s'inscrit en France dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé de 2016 et en Europe dans celui de l'accord qui s'esquisse sur le projet de règlement européen relatif aux enquêtes auprès des ménages. La future enquête européenne de santé sera articulée à deux dispositifs statistiques de l'Insee : l'enquête sur les ressources et conditions de vie des ménages et l'échantillon démographique permanent, enrichis par des données médico-administratives.

La stratégie de santé pour les outre-mer

Du fait des spécificités de l'organisation de l'offre de soins, des risques sanitaires et de l'état de santé de la population outre-mer, la stratégie nationale de santé a été déclinée pour les outre-mer. La mission, confiée à Chantal de Singly, s'est appuyée sur une synthèse de la situation sanitaire en outre-mer réalisée par la DREES. La DREES pilote, avec Santé publique France (agence

issue de la fusion de l'InVS, de l'Inpes et de l'Eprus) un groupe de travail des producteurs de données chargé de développer les dispositifs d'observation et de connaissance de l'état de santé des populations ultramarines et de l'offre de soins.

La gouvernance des indicateurs de santé

Depuis 2015, la DREES est chargée de la gouvernance des données de santé. Du fait de la multiplicité des indicateurs de santé utilisés au sein du ministère, de leurs producteurs et de leurs méthodes de production et de documentation, la DREES et la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé ont lancé une démarche d'amélioration de leur gouvernance. Une cartographie des indicateurs de santé utilisés par les agences régionales de santé, l'administration centrale et les autres organismes sera réalisée. Un ensemble de bonnes pratiques seront ensuite définies pour l'homologation, la production, la documentation et l'accès aux indicateurs.

La DREES membre du groupement d'intérêt public de l'Irdes

Ex association loi de 1901, l'Irdes a été réformé en «Groupement d'intérêt public Institut de recherche et documentation en économie de la santé» en 2015. Ses membres sont : la DREES, la Caisse nationale d'assurance maladie, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, le Régime social des indépendants, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Cette réforme se traduit par un renforcement des relations et une collaboration accrue de la DREES et de l'Irdes pour les enquêtes dans le champ de la santé, du médico-social et de la complémentaire santé ou pour les appariements de données.

L'Irdes > irdes.fr/presentation-de-l-irdes.html



Mesurer l'action sociale des communes

Depuis la dernière enquête du début des années 2000, le paysage institutionnel des communes s'est transformé, notamment du fait du développement de l'intercommunalité. L'enquête nationale sur l'action sociale des communes et des intercommunalités (Asco) lancée en 2015 par la DREES permettra de dresser un état des lieux de leur action sociale en France. Ainsi 8600 maires et 1400 présidents d'intercommunalité ont été interrogés sur les aides délivrées et les actions sociales effectuées par leur collectivité et leur CCAS. La publication des résultats est attendue pour fin 2016 ou début 2017.

L'enquête Asco offre une image nationale représentative

L'enquête vise à dresser un panorama des aides et actions entreprises pour les personnes âgées, les personnes handicapées, la lutte contre la pauvreté et les exclusions, l'insertion professionnelle, l'hébergement et le logement, la petite enfance, la jeunesse, la famille, l'accès aux soins et la prévention sanitaire. Les données recueillies permettront d'analyser les types de services et de prestations mis en place dans les communes, les établissements gérés, les publics concernés par les prestations sociales communales... L'enquête explore également les modalités d'accès et d'attribution des aides, ainsi que la répartition des compétences entre les communes et leur centre communal d'action sociale (CCAS), l'établissement pu-

blic de coopération intercommunale (EPCI) ou le centre intercommunal d'action sociale (CIAS). L'enquête fournit également des éléments sur les rapports qu'entretiennent les communes avec leurs partenaires, notamment les départements et les caisses de sécurité sociale. Elle recueille des informations sur les moyens financiers et humains affectés par les communes et les intercommunalités à l'action sociale.

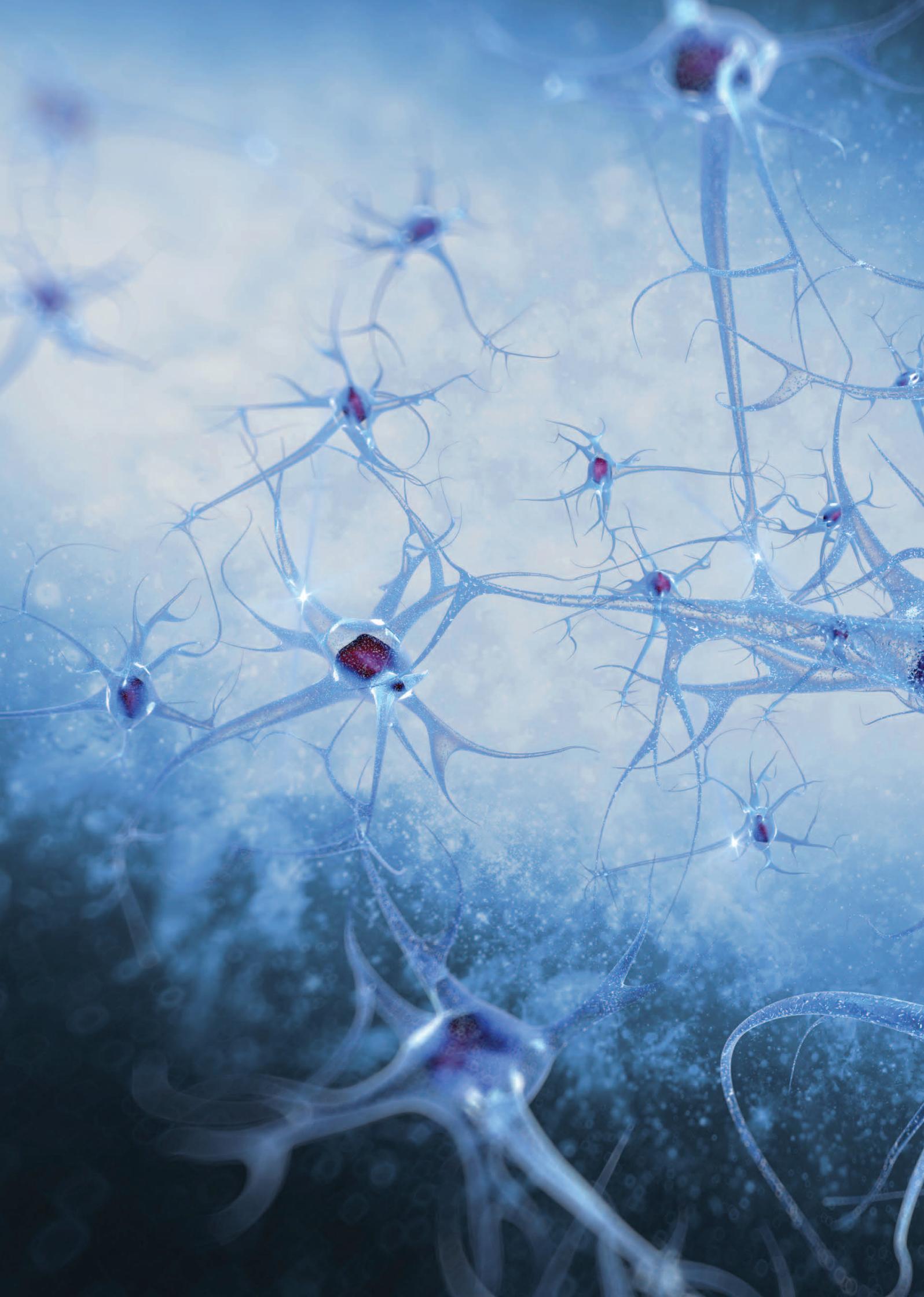
 **L'enquête Asco** drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/article/l-enquete-sur-l-action-sociale-des-communes-et-intercommunalites-asco

Politiques sociales locales : un programme de recherches ambitieux

Fondements, dispositifs, acteurs et régulations.

Parce qu'elles sont au cœur des nouvelles organisations territoriales, la DREES et la Cnaf ont lancé un programme de recherches portant sur les politiques sociales locales. Ce programme, dont le comité scientifique est présidé par Robert Lafore, Professeur de droit public à l'Université de Bordeaux, suit quatre axes : les fondements et enjeux des politiques sociales locales ; les prestations, équipements et services dans les territoires, leurs caractéristiques et les innovations ; les acteurs territoriaux : entre hiérarchie et coopérations, encadrements et autonomie ; les mécanismes de régulation : leurs outils et leurs effets. Six projets, portés par des équipes appartenant à différentes disciplines (économie, droit, sociologie), ont été retenus. Ils portent sur les thèmes suivants : des besoins aux décisions, la traduction des demandes ; les inégalités territoriales dans l'aide aux personnes âgées à domicile ; la diversité des politiques et pratiques locales pour les personnes en perte d'autonomie ; la transversalité dans les politiques sociales locales ; la définition, la différenciation et le ciblage de populations en danger/dangereuses à Mayotte ; la gouvernance renouvelée des politiques sociales au prisme de l'enjeu métropolitain.

 **Programmes de recherches** drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/recherche/programmes-de-recherches/article/programme-politiques-sociales-locales





L'observation de la santé

Un système d'observation pour éclairer les enjeux de santé et y répondre de façon efficace

La DREES développe et coordonne le système d'observation pour mieux éclairer le débat public sur la santé, *via* notamment la rationalisation du système d'enquêtes et le recours accru aux bases de données médico-administratives, seules ou appariées. Avec la direction générale de la santé, elle a rénové les indicateurs de l'état de santé de la population à partir desquels elle a publié son ouvrage sur l'état de santé de la population en France. Elle anime le comité de coordination des études sur les parcours de santé au sein du ministère. Elle a rénové la statistique annuelle des établissements de santé et travaillé à mieux éclairer la situation des professionnels de santé (formation, démographie, revenus...). Elle développe la connaissance de la complémentaire santé et a lancé de nombreux travaux dans ce domaine.

La DREES a animé la commission sur l'ouverture des données de santé dont les travaux ont été à l'origine des dispositions de la loi de modernisation du système de santé qui favorisent un accès plus large aux données de santé dans le respect de la vie privée des personnes. Elle développe le big data en santé, un vecteur prometteur de la modernisation de l'action publique.



Observer la santé

Le Rapport 2015 sur l'état de santé de la population en France, coordonné et publié par la DREES, rassemble des indicateurs et contributions de l'ensemble des producteurs de données de santé, en particulier Santé publique France. Il étudie notamment les déterminants de santé – enjeux de la prévention –, relatifs aux expositions environnementales, comportements individuels, conditions de travail ou ceux liés aux soins.

C'est dès l'enfance et l'adolescence que s'enracinent de nombreux déterminants de l'état de santé qui perdurent tout au long de la vie.

Suivre la santé des enfants

Le surpoids et l'obésité, présents dès l'enfance, persistent souvent à l'âge adulte et augmentent les risques de maladies cardio-vasculaires et endocriniennes. Les enquêtes de santé en milieu scolaire de la DREES, réalisées par les personnels de santé de l'Éducation nationale, montrent que 8,7% des enfants de 5 à 6 ans en grande section de maternelle sont en surpoids (9,7% de filles et 7,3% de garçons) et 3,5% sont obèses (3,8% de filles et 3,1% de garçons). L'obésité touche davantage les enfants d'ouvriers (6% d'entre eux) que ceux de cadres (1%). Ces phénomènes se stabilisent depuis le milieu des années 2000.

Chaque année, les accidents de la vie courante (accidents domestiques, scolaires, sportifs et de loisirs) entraînent 20 000 décès d'enfants de moins de 15 ans et 4,5 millions de recours aux services d'urgences. Entre 2000 et 2010, la diminution de 5,4% par an de la mortalité imputable à de tels accidents coïncide avec les différentes campagnes de prévention.

D'après l'exploitation des certificats de santé de l'enfant par la DREES et Santé publique France, la couverture vaccinale est supérieure à 95% pour plusieurs vaccinations – diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, Hib (méningite bactérienne), PCV 13 (pneumocoque) chez le nourrisson mais elle tombe à environ 90% chez les enfants de deux ans, lors des rappels. À cet âge, elle est faible pour la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) et plus encore pour la méningite à méningocoque du groupe C qui couvre seulement 50% des enfants. La vaccination par le BCG reste insuffisante pour les enfants à risque de tuberculose. Depuis 2008, celle contre l'hépatite B progresse.

Des pathologies plus fréquentes avec l'âge

Les limitations fonctionnelles touchent 37,5% des personnes âgées de 80 ans ou plus pour des difficultés d'audition et 20% des personnes au-delà de 75 ans pour des atteintes de la vision.

L'ostéoporose est observée plus particulièrement chez les femmes et sa prévalence croît avec l'âge. Pour les personnes de 65 ans ou plus, la fracture du col du fémur occasionne 72 000 hospitalisations en soins de courte durée (55 500 femmes et 16 600 hommes). En 15 ans, grâce à une meilleure prise en charge de l'ostéoporose, le nombre d'hospitalisations a diminué de 36%.

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées affectent 350 000 personnes.

Le baromètre de Santé publique France indique que leur prise en charge expose les membres de la famille ou l'entourage à des facteurs de stress majeurs qui suscitent une qualité de vie plus dégradée et des troubles d'ordre cognitif plus importants que chez les personnes non concernées.

 **Le rapport** Prost T. et Rey S. (Coord.), 2015, *L'état de santé de la population en France*, DREES, janvier [Santé de l'enfant pp. 177-190 ; Personnes âgées pp. 193-197].
> Chardon O., Guignon N., de Saint Pol T. (DREES) ; Guthmann J.-P., Ragot M., Delmas M.-C., Paget L.-M., Perrine A.-L., Thélot B. (Santé publique France), 2015, «La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge», *Études et Résultats*, n° 920, DREES, juin.

> Collet M., Vilain A., 2015, Le premier... Le deuxième... Le troisième certificat de santé de l'enfant, *Documents de travail, Série sources et méthodes*, n° 47, 51 et 53 DREES, août.



aux différents âges de la vie

Des adultes confrontés à de multiples pathologies

Le nombre de nouveaux cas de cancers augmente – 355 000 en 2012 (200 000 chez les hommes et 155 000 chez les femmes) soit plus du double qu'en 1980 – alors que de 1980 à 2012 la mortalité par cancer a diminué grâce à l'amélioration des traitements, à l'évolution des pratiques médicales et à des diagnostics plus précoces. Les cancers sont à l'origine de 148 000 décès par an.

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentent la première cause de handicap moteur non traumatique, la deuxième cause de démence derrière la maladie d'Alzheimer et la première cause de mortalité chez les femmes (la troisième chez les hommes). 32 500 décès dus aux AVC en 2010 représentent 5,9% de l'ensemble des décès. La France est cependant le pays européen le moins touché par les décès dus aux AVC.

La prévalence du diabète ne cesse d'augmenter, du fait du vieillissement de la population, de l'augmentation de l'obésité et du manque d'activité physique. Les données de l'Assurance maladie montrent que le suivi des recommandations médicales a progressé de 2007 à 2012, notamment la surveillance du contrôle glycémique, mais reste insuffisant. Le diabète génère de nombreuses et graves complications. Ainsi, en 2012, plus de 18 000 personnes diabétiques ont été traitées par dialyse ou greffe rénale pour insuffisance rénale chronique terminale, dont 4 000 nouvellement traitées.

Observer pour mieux prendre en charge la santé reproductive et périnatale

Pilotée par la DREES, la commission sur les données et la connaissance de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) réunit les principaux producteurs de données, les professionnels de terrain et les associations spécialisées. À partir d'un bilan partagé des sources disponibles, elle est chargée d'émettre des recommandations pour améliorer les systèmes d'information concernant la pratique de l'IVG et le parcours des femmes.

Le nombre d'IVG est relativement stable depuis une dizaine d'années, autour de 220 000. Les femmes de 20 à 24 ans représentent 28,8% des recours à l'IVG.

On observe que 3% des femmes entre 15 et 49 ans n'utilisent pas de moyens contraceptifs et que l'utilisation de la contraception d'urgence est en forte progression, passant de 9% des femmes de 15 à 49 ans en 2000 à 24% en 2010, en particulier parmi les plus jeunes.

La proportion d'accouchements multiples (jumeaux, triplés...), de 17 pour 1 000 femmes en 2012, augmente avec l'âge de la mère. Elle est de 150 pour 1 000 femmes ayant eu recours à une assistance médicale à la procréation (AMP). Les accouchements issus de l'AMP représentent 2,8% des naissances en France. Le taux observé en France est inférieur au taux moyen de 180 pour 1 000 observé au niveau européen.

Open data

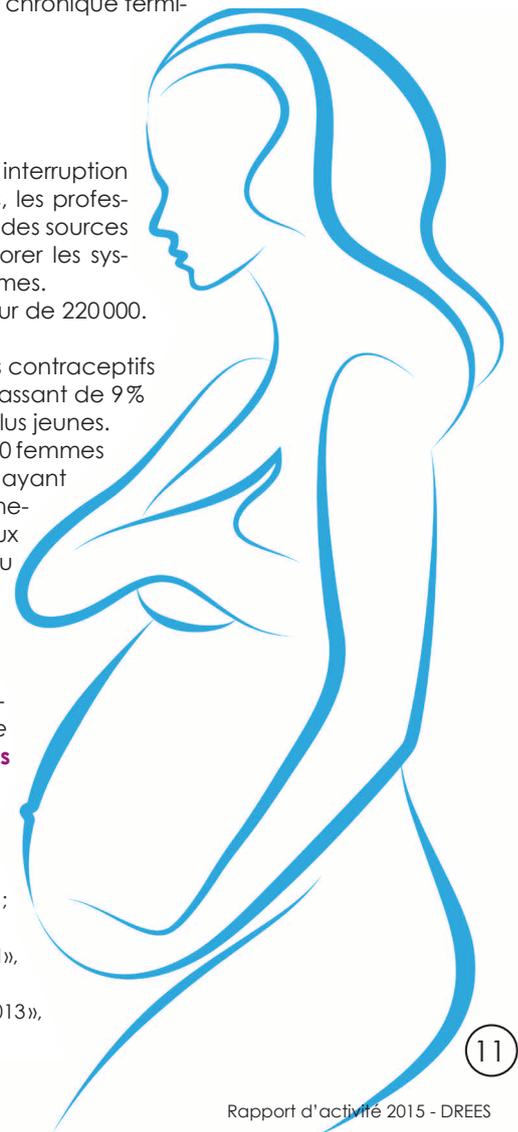
Des données relatives à santé de la mère et de l'enfant sont mises à disposition, notamment sur la **mortalité** (données issues du PMSI *Programme de médicalisation des systèmes d'information*) et sur la **répartition des naissances** (indicateurs issus du premier certificat de l'enfant).

> data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx

 **Le rapport** Prost T. et Rey S. (Coord.), 2015, *L'état de santé de la population en France*, DREES, janvier [Cancers pp.199-217 ; AVC pp.222-225 ; Diabète pp.235-243 ; Santé de la reproduction et périnatalité pp.153-175], janvier.

> Peretti C., 2015, «Les risques de décès un an après un accident vasculaire cérébral», *Études et Résultats*, n°939, DREES, octobre.

> Vilain A., Mouquet M-C. (Coll.), 2015, «Les interruptions volontaires de grossesse en 2013», *Études et Résultats*, n°924, DREES, juillet.



Analyser les parcours de soins

La DREES a constitué en 2015 une nouvelle équipe, dite bureau de l'appui à l'évaluation et aux études régionales, pour faciliter l'utilisation des données de santé et l'évaluation des politiques sanitaires au sein du ministère.

Les personnes âgées en insuffisance rénale chronique

Afin d'améliorer les parcours de soins des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique, des expérimentations, pilotées par la direction générale de l'offre de soins, sont déployées dans six régions. Ces expérimentations qui sont prévues sur le terrain début 2017 font l'objet d'une évaluation, au niveau national, pilotée par la DREES dans le cadre d'un groupe de travail et réalisée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé.

Les personnes âgées en risque de perte d'autonomie

Lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, les expérimentations «Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)» visent à améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées et à mieux coordonner les différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social.

La DREES pilote les évaluations, quantitative et qualitative,



de ces expérimentations. L'évaluation quantitative vise à mesurer l'impact des expérimentations PAERPA en matière d'efficacité et de qualité des soins des personnes âgées. L'évaluation qualitative cherche à expliciter les conditions opérationnelles de déploiement des parcours pilotes et permettra d'analyser les premiers résultats des projets conduits par les agences régionales de santé, en tenant compte de leurs spécificités (territoriales, organisationnelles, de gouvernance...).

La régionalisation des travaux nationaux

Pour éclairer l'avenir, la DREES a réalisé des travaux de projection à l'horizon 2030 de l'activité hospitalière pour la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et de la démographie des médecins.

Ces projections sont en cours de déclinaison au niveau régional, en liaison avec les agences régionales de santé, afin de discuter de l'adaptation des hypothèses nationales à leur territoire.



Observer le suicide et les comportements suicidaires : des outils pour la prévention

En France métropolitaine en 2012, le suicide a causé la mort de 9 700 personnes, dont 75% étaient des hommes. Chaque année, 300 000 personnes sont endeuillées par un suicide et 3 750 000 sont touchées par la tentative de suicide d'un proche.

Après un premier rapport faisant un état des lieux des données disponibles et proposant des voies d'amélioration du système d'information, l'Observatoire national du suicide présente dans son deuxième rapport deux dossiers. Le premier étudie la diversité des actions menées par les associations de prévention du suicide et de soutien aux familles endeuillées, notamment grâce aux dispositifs d'écoute : téléphonie, forums et chats, et propose un aperçu des données recueillies par ce biais. Le second présente les facteurs de risque et de vulnérabilité au suicide : facteurs psychiatriques, somatiques (maladies chroniques, addictions), socio-démographiques, socio-économiques et biologiques.

Le rapport rassemble également des données locales : principaux indicateurs de la mortalité par suicide, modes opératoires et hospitalisations pour tentative de suicide.

Cinq projets pour soutenir la recherche sur le suicide et sa prévention ont été retenus pour financement en 2015. Voir le site de l'Institut de recherche en santé publique : iresp.net/appel-a-projet/appel-a-projets-suicide-et-prevention-du-suicide-2015/

Le deuxième rapport et deux recueils bibliographiques numériques sont disponibles à l'adresse suivante : <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/l-observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>

2^{ème} rapport de l'Observatoire national du suicide

Fourcade N. et von Lennep F., DREES, (Dir.) ; Chan-Chee C. et Khiredidine-Medouni I., Santé publique France (Coord. scientifique) ; Carrasco V., Carrière M., Moisy M. et Ulrich V., DREES, 2016, *Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives*, 2^{ème} rapport, DREES, janvier.

Comprendre les inégalités sociales de santé

Les inégalités de santé sont des enjeux majeurs de santé publique. La DREES apporte, à travers ses enquêtes, études et analyses, un éclairage sur ces questions dans le débat public.

La CMU-C atténue les inégalités de santé

En 2015, 5,3 millions de personnes bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Leurs dépenses de santé, liées à un état de santé plus dégradé que les autres assurés, sont plus élevées. La CMU-C favorise l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources, dans les mêmes proportions que les autres complémentaires pour leurs assurés. Lorsqu'ils recourent aux soins, les bénéficiaires de la CMU-C ont, à état de santé et caractéristiques identiques, des dépenses de santé proches de celles des autres assurés, à l'exception des dépenses plus élevées de médecins généralistes. La CMU-C, comme les autres complémentaires, divise par deux le renoncement aux soins pour des raisons financières, notamment pour les soins dentaires et l'optique.

La santé des personnes sans domicile

141 500 personnes sont considérées comme sans domicile en France métropolitaine en 2012. La moitié d'entre elles seulement déclarent être en bonne santé contre 69% de l'ensemble de la population. 34% des personnes sans domicile indiquent être édentées et 20% obèses, soit une prévalence supérieure d'un tiers à la population générale. Près d'un quart déclarent être dépressives.

85% des adultes francophones sans domicile déclarent avoir vu un médecin au cours des douze derniers mois. Le recours aux soins dentaires est moins fréquent : 37% ne sont pas allés chez le dentiste au cours des deux dernières années et 7% ne s'y sont jamais rendus. Une personne sans domicile sur dix déclare ne bénéficier d'aucune couverture maladie et une sur quatre d'aucune complémentaire santé, ce qui peut expliquer un recours plus fréquent à l'hôpital.

Santé et itinéraire professionnel

La DREES et la DARES ont restitué lors du colloque du 22 septembre 2015 les travaux issus de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (Sip). Ceux-ci ont analysé l'incidence des conditions de travail et d'emploi sur l'état de santé. Les résultats mettent en relief les liens de causalité entre facteurs psychosociaux au travail et dépression. Ainsi la faible reconnaissance professionnelle, l'insécurité de l'emploi, et pour les hommes, le chômage de plus de six mois, accroissent le risque de dépression alors que le passage à la retraite diminue l'anxiété, notamment pour les personnes les plus exposées aux risques psychosociaux. Toutes



choses égales par ailleurs, contrairement aux hommes, les femmes obèses ont une probabilité moindre d'avoir un emploi que les autres femmes.

> Jess N., 2015, « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins », *Études et Résultats*, n°944, DREES, décembre.

> Moisy M., 2015, « Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012 », *Études et Résultats*, n°933, DREES, septembre.

> Moisy M., 2015, « Problèmes dentaires, tabac, dépression : la santé précaire des sans-domicile », *Études et Résultats*, n°932, DREES, septembre.

> Legal R., Vicard A., 2015, « Renoncement aux soins pour raisons financières », *Dossiers Solidarité Santé* n°66, DREES, juillet.

L'impact de la formulation des questions : le cas du renoncement aux soins pour raisons financières

La notion de renoncement aux soins pour raisons financières est particulièrement utile pour étudier l'accès aux soins les moins bien remboursés par l'assurance maladie obligatoire (optique, dentaire...). Le Baromètre d'opinion de la DREES a permis d'éclairer la forte sensibilité des réponses pouvant atteindre 15 points d'écart selon la formulation retenue (voir p.5). Ainsi le taux de renoncement doit être interprété principalement en évolution et les comparaisons d'une année à l'autre doivent adopter le même protocole de collecte.

Colloque drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/colloques/article/colloque-sante-et-itineraire-professionnel-etat-des-lieux-et-perspectives

Actes du colloque Mette C. Coord., (DARES), Barnay T. et de Saint Pol T. (DREES), 2016, « Santé et itinéraire professionnel (SIP) : État de la connaissance et perspectives », *Dossiers Solidarité Santé*, n°73, DREES, janvier.



Professionnels de santé : parcours et conditions de travail

Conditions de travail dans le secteur hospitalier

L'emploi hospitalier dans le secteur public a progressé de 1,2% en rythme annuel entre 2009 et 2012 et de 0,8% dans le secteur privé. Le secteur hospitalier public et privé emploie 1,2 million de salariés en équivalent temps plein (ETP). Ces derniers perçoivent en 2012 un salaire net moyen de 26 700 € dans le secteur public, de 26 300 € dans le secteur privé à but non lucratif et de 22 900 € dans le secteur privé à but lucratif. À âge et qualification comparables, les salaires nets en ETP sont plus élevés dans les établissements publics que dans les cliniques privées à but lucratif (-5%) ou non lucratif (-4%). Les femmes, majoritaires, occupent 78% des postes. Les hommes sont surtout représentés parmi les médecins, pharmaciens, psychologues et ouvriers.

Aides-soignants : un accès rapide au premier emploi

Depuis l'année 2000, le nombre de diplômés à l'issue de la formation d'aides-soignants a doublé, soit 22 000 diplômés en 2012. Les trois enquêtes Génération du Céreq (2001, 2004 et 2007) montrent que 80% des diplômés sont recrutés en moins d'un mois à l'issue de leur formation. Trois ans après l'obtention de leur diplôme, quelle que soit la génération étudiée, 95% des aides-soignants occupent un emploi alors que les autres diplômés de niveau V ne sont que 63 à 73% dans ce cas. Ils sont également plus nombreux à occuper un emploi stable : les deux tiers d'entre eux sont en CDI ou fonctionnaires contre seulement la moitié environ des autres diplômés de niveau V. Ils touchent également des salaires plus élevés (1 550 € nets par mois contre 1 400 €).

L'itinéraire des étudiants

La première année commune aux études de santé (PACES) compte 57 700 étudiants en janvier 2014. Elle permet d'accéder aux quatre filières de médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique. 37% des primo-inscrits en 2010 poursuivent des études de médecine (22%), de pharmacie (9%), d'odontologie (3%) ou de maïeutique (3%).

Ces étudiants restent en majorité issus de milieux favorisés : 40% d'entre eux sont des fils ou filles de cadres et de professions intellectuelles supérieures contre 30% pour

l'ensemble des étudiants. En outre, un enfant de cadre a deux fois plus de chance qu'un enfant d'ouvrier d'intégrer une deuxième année d'études.

> Bachelet M., 2015, «7860 étudiants en médecine affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en 2014», *Études et Résultats*, n°937, DREES, octobre.

> Loquet J., 2015, «Emplois et salaires dans le secteur hospitalier en 2012», *Études et Résultats*, n°934, DREES, septembre.

> Fauvet L. (MENESR), Jakubovitch S. et Mikol F. (DREES), 2015, «Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé», *Études et Résultats*, n°927, DREES, juillet.

> Collin C. (DREES), avec la participation de Julien-Levantidis M., Galtier T., Lebaigue N., Creignou A., Leboucher C., Limousin F. (ENSAI), 2015, «Aides-soignants : un accès rapide au premier emploi», *Études et Résultats*, n°923, DREES, juillet.

> Collange F. et alii (INSERM-SESSTIM, ORS PACA), Josancy F., Sebbah R. (URPS-ML PACA), Gautier A., Jestin C. (INPES), Agamaliyev E., Mikol F. (DREES), Floret D. (univ. Claude Bernard Lyon 1, HCSP), Guthmann J-P. (Santé publique France), Launay O. (univ. Paris Descartes, investigation clinique de vacc. Cochin-Pasteur, HCSP), Pulcini C. (univ. Lorraine, CHRU Nancy), Ronnaux-Baron A-S. (com. dép. d'hygiène sociale, Lyon), 2015, «Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes», *Études et Résultats*, n°910, DREES, mars.

> Castéran-Sacreste B., 2015, «La formation aux professions de la santé en 2013», *Document de travail, Série Statistiques*, n°195, DREES, juin.

> Coudin E., Pla A., Samson A-L., 2015, *GP responses to price regulation: evidence from a French nationwide reform*, Cahier de la Chaire Santé n°23, *Health Economics* vol. 24, n°9, pp. 1118-1130, octobre.

Mieux prendre en compte les délais d'attente dans l'accès aux soins

La DREES prépare un dispositif statistique de mesure et d'analyse des délais d'attente dans l'accès aux soins. Elle interrogera en 2016-2017 des patients tirés parmi la cohorte épidémiologique Constances de l'Inserm. Ceux-ci seront invités à renseigner un court questionnaire, à l'occasion de chaque tentative de prise de rendez-vous avec les professionnels principalement concernés par la problématique des délais d'accès aux soins courants.

> Cash E., Cash R., Dupilet C., Pinilo M., Richard T., 2015, «Enquête qualitative préalable à la mise en place d'un dispositif statistique sur la mesure des délais d'attente dans l'accès aux soins», *Document de travail, Série Études et recherche*, n°133, DREES, septembre.



Établissements de santé : activité, organisation, financement

24 heures aux urgences

La DREES a mené durant 24 heures une enquête dans les 736 points des urgences hospitalières en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Les résultats montrent que, dans les cinq minutes qui suivent leur arrivée, les trois quarts des personnes se présentant aux urgences sont enregistrées dans le service et seulement 5% attendent plus de 15 minutes. Moins de quatre minutes après l'enregistrement, la moitié des patients sont vus par un infirmier qui analyse le motif de recours, évalue les besoins de soins et établit le niveau de priorité. 90% des patients sont évalués en moins de 30 minutes, comme le recommande la Société française de médecine d'urgence et, pour 70% des patients, les soins débutent dans l'heure. La prise en charge médicale est plus rapide lorsque l'état de la personne est jugé grave. Les délais d'attente sont plus importants en cas d'affluence dans le service et de moindre densité de personnel.

L'impact de la tarification à l'activité

Depuis 2004, la T2A a fondé le financement des hôpitaux sur des tarifs forfaitaires par types de prise en charge. La DREES a analysé ses effets sur la qualité des soins, mesurée par l'évolution du taux de réadmission à trente jours après un séjour en chirurgie.

Entre 2002 et 2012, les réadmissions ont augmenté de 10% dans le secteur public et de 45% dans le privé. Leur croissance semble s'expliquer, non par la réforme de la tarification, mais par divers facteurs (morbidité, vieillissement, etc.) au premier rang desquels l'évolution des pratiques. En effet, les réadmissions ont augmenté en ophtalmologie grâce à une chirurgie moins lourde de la cataracte, qui traite un premier œil et quinze jours plus tard le second, et en chirurgie vasculaire grâce à l'implantation de dispositifs de perfusion qui accélèrent le démarrage des chimiothérapies. À l'inverse, pour le VIH, les hospitalisations se sont espacées grâce à l'amélioration des traitements antiviraux.

Open data

Mise à disposition des données de l'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières.

Volet structure data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,432,507

Volet patient data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,432,507

 **L'ouvrage** Boisguérin B. et Brillhault G. (Coord.), 2015, *Le panorama des établissements de santé - édition 2014*, Coll. Études et statistiques, DREES, mars.

> Coquelet F., 2015, «Soins de suite et de réadaptation : les per-



sonnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours», *Études et Résultats*, n°943, DREES, décembre.

> Ricroch L., Vuagnat A., 2015, «Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins», *Études et Résultats*, n°929, DREES, août.

> Mouquet M-C., 2015, «Hospitalisation de court séjour : quels motifs de recours en 2013?», *Études et Résultats*, n°928, DREES, août.

> Yilmaz E., Vuagnat A., 2015, «Tarification à l'activité : quel impact sur les réadmissions à l'hôpital?», *Études et Résultats*, n°922, DREES, juin.

> Ricroch L., 2015, «Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité», *Études et Résultats*, n°906, DREES, mars

> Mauro L., Vertueux G. (Coord.), 2015, «Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières. Actes du colloque du 18 novembre 2014», *Dossiers Solidarité Santé* n°63, DREES, juin.

> Engin Yilmaz E., Vuagnat A., 2015, «Tarification à l'activité et réadmission», *Économie et statistique*, n°475-476, [pp.71-87], Insee, avril.

Les arrêts maladie : prise en charge et impact



En 2015, la DREES a analysé les conséquences des arrêts maladie sur les trajectoires professionnelles des salariés ainsi que les effets de la réforme de l'indemnisation des arrêts maladie introduite par l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008. Elle a pu le faire grâce au panel Hygie réalisé par l'Irdes et financé par la DREES. Ce panel fournit, année après année, pour un échantillon de salariés affiliés au régime général, des informations sur leur carrière professionnelle (employeurs, salaires, chômage, départ à la retraite), leur consommation médicale et leurs arrêts maladie, grâce aux données de la Caisse nationale d'assurance vieillesse et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Arrêts maladie de longue durée et trajectoires professionnelles

Les arrêts maladie longs pénalisent les trajectoires professionnelles. Les données du panel Hygie pour 2005-2008 montrent que les arrêts maladie de plus d'un mois agissent sur les trajectoires de sortie d'emploi, pénalisant les femmes (15% sont au chômage ou en inactivité l'année suivante) plus que les hommes (11%) contre respectivement 7% des femmes et 4% ou hommes salariés qui n'ont pas eu d'arrêts maladie. A la suite d'arrêts maladie au-delà de 60 jours, les femmes sont plus nombreuses (19%) que les hommes (14%) à être au chômage ou en inactivité. Ces différences entre femmes et hommes s'expliquent surtout par la moindre qualité des emplois des premières et non par un effet plus pénalisant des arrêts maladie. Les femmes se maintiennent majoritairement en emploi après une naissance et reprennent une activité sans interruption. Lorsqu'ils retrouvent un emploi, les anciens chômeurs et les inactifs ont moins d'arrêts maladie que les autres salariés en emploi, signe qu'ils anticipent les risques de trajectoires dégradées associées à ces arrêts de travail.

Les indemnités complémentaires

L'ANI du 11 janvier 2008 a étendu, en cas d'arrêt maladie, l'accès aux indemnités complémentaires obligatoirement versées par les employeurs du secteur privé aux salariés de plus d'un an d'ancienneté (contre trois ans auparavant) et réduit le délai de carence de 10 à 7 jours pour bénéficier de ce complément. Grâce au panel Hygie, la DREES a étudié l'impact financier de ces mesures en comparant l'évolution des recours aux arrêts maladie entre les salariés non concernés par la réforme et ceux qui le sont (ayant de 1 à 3 ans d'ancienneté), mais en partie seulement. En effet, avant l'ANI, trois conventions collectives sur quatre ainsi que les entreprises qui couvraient leurs salariés au-delà du minimum imposé par la négociation de branche pratiquaient déjà l'indemnisation pour les salariés de moins de trois ans d'ancienneté. Les résultats indiquent que la réforme n'a pas eu d'impact significatif pour les salariés de 1 à 3 ans d'ancienneté sur le recours aux arrêts maladie en 2009 ou en 2010, ni en nombre ni en durée des absences pour raison de santé.

Ce résultat est sans commune mesure avec les effets observés dans d'autres pays. En Allemagne par exemple, une modification moins importante des taux de remplacement (de 20 points les six premières semaines, contre 40 points le premier mois puis 16 le deuxième mois dans le cas de l'ANI) a conduit les salariés concernés à réduire leurs recours aux arrêts maladie d'environ 20%. Ce moindre impact en France peut s'expliquer par le fait que la réforme portait sur les seuls arrêts d'une durée intermédiaire (ceux de 8 à 67 jours) et que l'effet des incitations de l'indemnisation des arrêts maladie pourrait varier selon le niveau d'ancienneté des salariés.

> Barnay T., Favrot J., Pollak C., 2015, «Les arrêts maladie de longue durée pénalisent les trajectoires professionnelles», *Études et Résultats*, n° 938, DREES, octobre.

> Ménard S., Pollak C., 2015, «L'effet d'une extension des indemnités complémentaires sur les arrêts maladie: Une évaluation de l'ANI de 2008», *Dossiers Solidarité Santé*, n° 69, DREES, octobre.

> Pollak C., 2015, «L'effet du délai de carence sur le recours aux

arrêts maladie des salariés du secteur privé», *Dossiers Solidarité Santé*, n° 58, DREES, janvier.

> Pollak C., 2015, The impact of a sick pay waiting period on sick leave patterns, *The European Journal of Health Economics*, décembre.

> Barnay T., Favrot J., Pollak C., 2015, L'effet des arrêts maladie sur les trajectoires professionnelles, *Économie et statistique*, N° 475-476, Insee, avril.

L'évolution des dépenses de santé

La DREES publie chaque année les Comptes nationaux de la santé, comptes satellites des Comptes nationaux dont ils adoptent la méthodologie. Ils évaluent la dépense courante de santé (DCS) et sa composante la plus importante, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Ils décrivent leur financement, qu'il relève de l'assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou des ménages. La CSBM recouvre les soins hospitaliers, les soins de ville (médecins, dentistes, infirmiers, analyses...), les médicaments, les transports de malades et les autres biens médicaux (optique...). La DCS intègre en plus, en particulier, les soins de longue durée (personnes âgées ou handicapées principalement), les indemnités journalières, la prévention, la recherche et les coûts de gestion de la santé.

La CSBM est évaluée à 190,6 Mds€ en 2015, soit 2900 € par habitant. Elle représente 8,9% du PIB, une part en légère croissance depuis 2012.

La part de l'assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé

La part de la CSBM prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) est de 76,6% en 2014. Forte pour les soins hospitaliers (91%) et les transports sanitaires (93%), elle est de 69% pour les médicaments, de 64% pour les soins de ville, et de 43% pour les autres biens médicaux. La part des organismes complémentaires (OC) dans le financement de la CSBM atteint 13,5% : elle vaut près de 22% pour les soins de ville. Le reste à charge des ménages représente 8,5% de la CSBM en 2014. Pour la troisième année consécutive, il baisse de 0,2 point.

Le marché en ville des médicaments remboursables

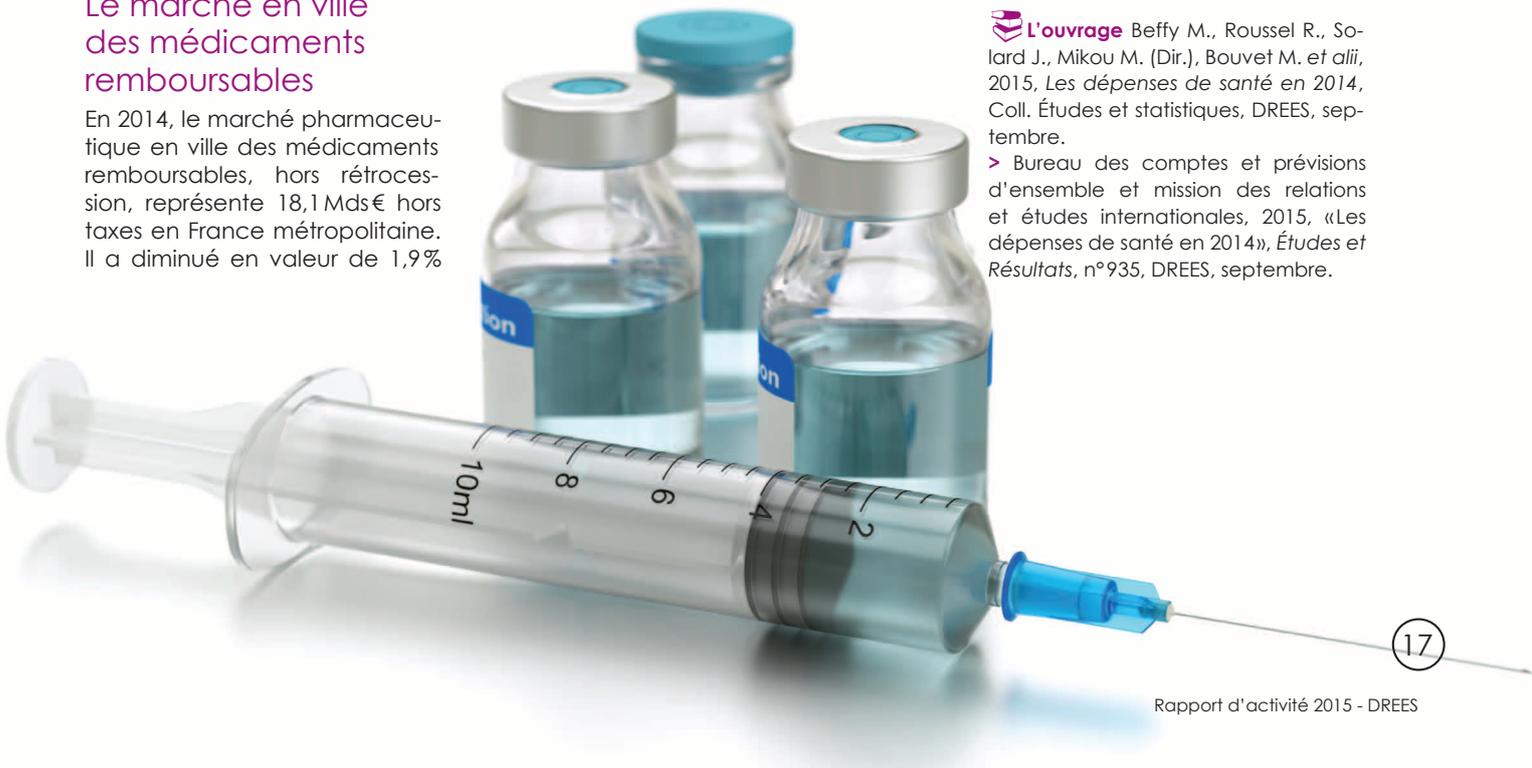
En 2014, le marché pharmaceutique en ville des médicaments remboursables, hors rétrocession, représente 18,1 Mds€ hors taxes en France métropolitaine. Il a diminué en valeur de 1,9%

par rapport à 2013. Il faut noter cependant que, nette des remises et rétrocession incluse, la consommation de médicaments remboursables en ville augmente de 1,1% en 2014.

Le chiffre d'affaires des médicaments en ville est en baisse pour la troisième année consécutive. Ce recul s'explique par une politique de baisse des prix des médicaments au fur et à mesure de leur ancienneté sur le marché et par une hausse de la part des génériques. Ainsi, depuis 2011, seuls les médicaments remboursés à 100%, dits «irremplaçables et particulièrement coûteux», et les médicaments récents ont connu une progression de leur ventes alors que les autres médicaments ont fait l'objet de baisses de prix.

L'ouvrage Befy M., Roussel R., Solard J., Mikou M. (Dir.), Bouvet M. et alii, 2015, *Les dépenses de santé en 2014*, Coll. Études et statistiques, DREES, septembre.

> Bureau des comptes et prévisions d'ensemble et mission des relations et études internationales, 2015, «Les dépenses de santé en 2014», *Études et Résultats*, n°935, DREES, septembre.







L'observation de la solidarité

Observer les inégalités pour mieux prendre en compte les personnes les plus défavorisées

La lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale est l'une des priorités du gouvernement. Ainsi, Manuel Valls a présenté le 3 mars 2015, devant le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, en présence de Marisol Touraine, la feuille de route 2015-2017 qui s'inscrit dans la continuité du plan présenté en 2013. Pour mieux comprendre la pauvreté et ses effets, la DREES poursuit ses travaux d'observation et d'études. En partenariat avec l'Insee, elle continue également ses actions pour doter les DRJSCS des indicateurs de suivi de la mise en œuvre du plan.

Dans un contexte économique qui reste difficile, le système de protection sociale joue un rôle d'amortisseur depuis 2008. Le recours à l'un des neuf minima sociaux continue de se développer et concerne désormais 11% de la population. La DREES a cependant observé que, chez les personnes en grande difficulté sociale, celles qui fréquentent les services d'hébergement ou de distribution de repas, le recours aux différentes prestations sociales reste une gageure pour des raisons qui tiennent à la complexité ou à la méconnaissance des dispositifs.

Pour mieux appréhender les difficultés sociales, la DREES cherche à éclairer la situation de populations particulières, notamment la population des 18-24 ans, la plus touchée par le chômage, les personnes handicapées, les personnes âgées et les familles. Pour ces dernières, il s'agit entre autres de mesurer le budget consacré à la garde des enfants et d'évaluer le coût de l'enfant selon la composition des ménages.

Évaluer l'aide apportée aux personnes les plus modestes

Recourir aux prestations sociales: une gageure pour les sans-domicile

Grâce à l'enquête de l'Insee et de l'Ined auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas, la DREES a montré que, en 2012, quatre personnes sans domicile francophones sur dix n'ont perçu aucune prestation sociale le mois précédant l'enquête. Cette proportion est stable par rapport à 2001. Ces personnes sont plus souvent jeunes et de nationalité étrangère que l'ensemble des sans-domicile.



Dans le champ des personnes «potentiellement éligibles» aux prestations sociales (89% des personnes sans domicile), le RSA constitue la principale prestation sociale: 34% déclarent en bénéficier. 18% des personnes sans domicile ne percevant pas le RSA ont essayé de l'obtenir mais n'y ont pas réussi et pour près de 30% d'entre elles en raison de difficultés à constituer le dossier de demande. Les autres (82%) n'ont pas essayé d'obtenir le RSA, les deux tiers d'entre elles ne pensant pas y avoir droit.

Les personnes sans domicile sollicitent peu les services d'hébergement. Moins d'une sur trois a déposé un recours au droit au logement opposable (DALO). Plus d'un tiers ne connaît pas l'existence des services intégrés d'accueil et d'orientation.

La protection des personnes ayant des difficultés sociales

Fin 2013, 4 millions de personnes perçoivent l'un des neuf minima sociaux en vigueur en France (en premier lieu le RSA socle et l'allocation aux adultes handicapés). Leur nombre a augmenté de 4,8% en un an et de 22% depuis la crise, de fin 2008 à fin 2013. En tenant compte des conjoints et des enfants à charge, 10,9% de la population française est concernée et plus d'un tiers dans les outre-mer.

Les minima sociaux permettent aux ménages ayant de très faibles ressources d'atteindre un revenu garanti. Bien que bé-

néficiant à davantage de ménages, les aides au logement et les prestations familiales pèsent autant que les minima sociaux dans le revenu des ménages les moins aisés. Au total, les prestations sociales (famille, logement, minima sociaux et prime pour l'emploi) représentent 46% du revenu disponible des 10% des ménages les plus modestes (1^{er} décile de revenu) et 23% de celui des ménages du 2^{ème} décile.

L'ouvrage Lelièvre M. (Dir.), 2015, *Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution - édition 2015*, Coll. Études et statistiques, DREES, juillet.

> Calvo M., 2015, «Les bénéficiaires de minima sociaux en 2013», *Études et Résultats*, n°945, DREES, décembre.

> Missègue N., avec la coll. de Arnold C., 2015, «Revenus minima garantis : la moitié des bénéficiaires vivent avec moins de 920 € par mois en 2012», *Études et Résultats*, n°921, DREES, juin.

> Pliquet E., 2015, «L'hébergement social, hors urgence : plus de 81 000 personnes sans logement accueillies en établissements», *Études et Résultats*, n°918, DREES, juin.

> Arnold C. et Lelièvre M., 2015, «Niveau de vie et pauvreté des personnes âgées de 1996 à 2012», *Retraite et société*, n°70, Cnav, juin.

> Pliquet E., 2015, «Plus de 100 000 places d'hébergement disponibles pour les personnes en difficulté sociale», *Études et Résultats*, n°916, DREES, avril.

> Lhommeau B., 2015, «Les prestations familiales et de logement, en Métropole et dans les DOM : 50 milliards d'euros en 2013», *Études et Résultats*, n°912, DREES, avril.

> Loubet A. et Reduron V. (Cnaf), 2015, «Le RSA en 2014 : une augmentation qui fléchit mais reste soutenue», *Études et Résultats*, n°908, DREES, mars.

> Loubet A., 2015, «Les phénomènes émergents de pauvreté entre 2010 et 2013 : Une enquête de panel auprès de structures sociales», *Dossiers Solidarité Santé*, n°61, DREES, mars.

Soutenir les personnes en situation de perte d'autonomie

Quel financement pour l'hébergement et la dépendance ?

Une personne âgée hébergée en établissement médico-social acquitte un tarif qui se décompose en trois volets : les soins, la dépendance et l'hébergement. L'assurance maladie couvre les soins. Si la personne souffre d'une perte d'autonomie significative, les frais liés à la dépendance sont en partie pris en charge par le conseil départemental grâce à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Pour les personnes dont les ressources sont faibles, l'aide sociale à l'hébergement (ASH), versée par le conseil départemental, finance en totalité ou en partie les dépenses d'hébergement.

À partir des données des conseils départementaux pour 2011, la DREES a observé que, parmi les personnes de 60 ans ou plus hébergées en établissement, 476 000 sont bénéficiaires de l'APA et 116 000 perçoivent l'ASH. Les bénéficiaires de l'APA en établissement sont en moyenne plus âgés et plus dépendants que ceux vivant à leur domicile. Les bénéficiaires de l'ASH sont plus jeunes d'environ quatre années que ceux de l'APA en établissement.

La participation sociale des personnes à risque de handicap

La notion de handicap repose sur des déficiences qui restreignent les fonctions motrices (se déplacer, saisir des objets...), sensorielles (voir, entendre...) ou mentales (comprendre, se souvenir...). Ces limitations fonctionnelles peuvent restreindre à leur tour la participation sociale des personnes concernées.

Pour l'étudier à partir de l'enquête Handicap-Santé 2008-2009 de l'Insee auprès des personnes vivant à domicile, la DREES a retenu trois approches du handicap : les limitations fonctionnelles (8% des personnes de 20 à 59 ans), la reconnaissance administrative du handicap (7% des personnes ayant un droit à une aide financière ou non), le handicap ressenti par les personnes (6%). 4,6 millions de personnes sont ainsi en situation de handicap selon au moins l'une des trois approches, dont 16% (soit 730 000 personnes) cumulent les trois. Les restrictions de participation sociale, notamment dans la vie quotidienne, l'accès à l'emploi ou la vie en couple, touchent davantage les personnes en situation de handicap. Celles concernées par les trois approches du handicap énoncent par exemple plus souvent n'avoir jamais vécu en couple (21% d'entre elles contre moins de 10% des personnes sans handicap) et être davantage inactives (71% contre 15% en 2008). L'apparition précoce d'une déficience aggrave le risque de restriction de participation sociale.



 > Bérardier M., 2015, «Aide sociale à l'hébergement en 2011 : profil des bénéficiaires en établissement», *Études et Résultats*, n°909, DREES, mars.

> Espagnacq M., 2015, «Populations à risque de handicap et restrictions de participation sociale - Une analyse à partir de l'enquête Handicap-Santé auprès des ménages (HSM, 2008)», *Dossiers Solidarité Santé*, n°68, DREES, septembre.

> Fizzala A., 2015, «Autonomix - Un modèle de microsimulation sur le champ de la dépendance des personnes âgées», *Document de travail, Série sources et méthodes*, n°54, DREES, octobre.

> Fizzala A., 2015, «Autonomix, un outil d'évaluation de mesures portant sur les personnes âgées dépendantes», *Économie et Statistique*, n°481-482, [pp.51-75], Insee, décembre.

Appréhender les modes de vie des jeunes



24 heures chrono dans la vie d'un jeune

L'enquête Emploi du temps de l'Insee (2009-2010) permet de mesurer, par palier de dix minutes, comment les individus organisent leur journée. Grâce à cette enquête, la DREES a montré que les jeunes de 15 à 24 ans consacrent une heure de plus que leurs aînés aux loisirs et plus de temps à leurs relations sociales. Ils passent 2h20 par jour à converser avec leur famille, amis, connaissances, que ce soit de visu, au téléphone ou par écrit (lettres, e-mails, discussions sur les réseaux sociaux...). Les moins de 30 ans, et en particulier les 15-24 ans, sont les plus friands des réseaux sociaux, des formes de communication instantanée : leur taux d'utilisation par les 15-24 ans est supérieur de 30 points à celui des plus de 30 ans.

Les jeunes entre 15 et 24 ans consacrent un peu moins de 12 heures par jour aux activités physiologiques (repas, sommeil, toilette). Ils dorment en moyenne 30 à 45 minutes de plus que les autres classes d'âges, se réveillant notamment plus tard.

Ils consacrent 1h23 aux tâches domestiques, soit nettement moins que les 25-29 ans (2h38) et les 30-54 ans (3h17). Malgré une nette diminution, observée depuis 1986, du temps qu'elles y consacrent, les jeunes femmes accordent 44 minutes de plus aux tâches domestiques que les jeunes hommes.

Le temps passé aux études et à la formation est plus important chez les jeunes femmes (2h45) que chez les

jeunes hommes (2h18), en raison notamment d'une scolarisation plus longue. Les hommes entre 15 et 24 ans consacrent aux loisirs 68 minutes de plus par jour que les femmes, à autres caractéristiques identiques.

Fonds de soutien aux jeunes en situation de grande précarité

Aide départementale de dernier recours destinée à l'insertion sociale et professionnelle, le Fonds d'aide aux jeunes a bénéficié en 2013 à 97 000 jeunes de 18 à 25 ans en grande difficulté sociale. Ceux-ci ont surtout bénéficié d'aides financières individuelles, de 189€ en moyenne. Une aide sur deux a couvert un besoin vital de premier secours à vocation alimentaire. Les aides alimentaires représentent 38% du budget global du Fonds consacré aux aides individuelles. Une aide sur quatre est destinée à faciliter les transports en vue d'une démarche d'insertion professionnelle ou dans le cadre d'un soutien à la mobilité. 21% de la masse financière des aides individuelles ont été alloués en urgence.

Les aides sont majoritairement accordées à des jeunes sans ressource financière, et dans un tiers des cas à des jeunes en situation de précarité vis-à-vis du logement.

Le budget du Fonds, essentiellement financé par les conseils départementaux, s'élève à 36 millions d'euros en 2013.

> Portela M., 2015, «24 heures chrono dans la vie d'un jeune : les modes de vie des 15-24 ans», *Études et Résultats*, n°911, DREES, avril.

> Legal A., 2015, «97 000 jeunes en grande précarité bénéficient du fonds d'aide aux jeunes en 2013», *Études et Résultats*, n°903, DREES, janvier.

> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2015, «Ressources et conditions de vie des jeunes adultes en France - Actes du séminaire du 29 janvier 2014», *Dossiers Solidarité Santé*, n°59, DREES, janvier.

L'évolution des familles monoparentales depuis 1990

Le nombre de familles monoparentales ne cesse de progresser et atteint 1,6 million en 2011 (soit 12% des parents d'enfants mineurs) contre 900 000 (7%) en 1990. Grâce à l'enquête Famille et logements de l'Insee et de l'Ined de 2011, la DREES a établi que de telles situations sont souvent temporaires puisque 16% de ces familles observées en 2011 ne sont dans cette situation que depuis 2010. La monoparentalité recouvre des situations très variées. 200 000 familles monoparentales vivent avec d'autres adultes, et dans 40% des cas il s'agit d'un ascendant. 190 000 parents vivant seuls avec leur(s) enfant(s) n'ont jamais vécu en couple alors que 130 000 ont un conjoint qui vit dans un autre logement. 2,4 millions d'enfants mineurs vivent dans un foyer monoparental, soit 18% de l'ensemble des enfants mineurs.

Si les femmes sont largement majoritaires (85%) parmi les parents élevant seuls leur enfant, le nombre de pères a plus que doublé en 20 ans. Les parents seuls connaissent des situations moins favorables sur le marché du travail, en particulier les femmes.

Étudier le budget des familles consacré aux enfants

Accueillir les enfants : des modes de garde diversifiés

Les 322 000 assistantes maternelles, directement rémunérées par les parents, offrent 982 000 places d'accueil d'enfants de moins de trois ans en 2013. Grâce à son enquête auprès des services de protection maternelle et infantile, la DREES a montré que les 12 700 établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) proposent 396 000 places, dont 344 000 places en accueil collectif (principalement crèches collectives, haltes-garderies et structures multi-accueil). Ce mode d'accueil a progressé (146 000 places créées en vingt ans), essentiellement dans les structures multi-accueil, au détriment des structures mono-accueil.

Estimer le reste à charge pour les familles qui font garder leurs jeunes enfants

D'après l'enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants de la DREES, 55% des enfants de moins de 3 ans non scolarisés sont confiés, en 2013, à un mode de garde payant (principalement une assistante maternelle agréée ou un EAJE) au cours d'une semaine de référence. Le reste à charge des familles est, après déduction des allocations et du crédit d'impôt, de 195€ par mois, soit 1,40€ par heure d'accueil, pour le recours à une assistante maternelle et de 153€, soit 1,20€ par heure, pour un EAJE. Quel que soit le mode de garde, le reste à charge a légèrement augmenté entre 2007 et 2013. Il est toutefois stable pour les familles modestes qui confient leurs enfants à un EAJE et a diminué pour les familles monoparentales qui les confient à une assistante maternelle.

Mesurer le coût de l'enfant pour les ménages

La présence d'enfant(s) augmente les dépenses. Celles directement imputables à l'enfant, au premier chef celles liées à sa garde, pèsent 13,6% du budget des ménages avec enfant(s) de moins de 16 ans. S'agissant des échelles d'équivalence qui permettent de comparer le niveau de vie de ménages de taille et de composition différentes, la DREES a montré qu'il pourrait être pertinent de les adapter pour les familles monoparentales, et d'introduire une coupure au-delà de l'âge de 18 ans (le coût d'un enfant majeur étant supérieur à celui d'un adolescent ou d'un deuxième adulte).

 > Borderies F., 2015, «Offre d'accueil des enfants de moins de 3 ans en 2013 : le nombre de places continue d'augmenter», *Études et Résultats*, n°931, DREES, août.

> Guillaume S., 2015, «Combien dépensent les familles pour la garde de leurs enfants de moins de 3 ans ?», *Études et Résultats*, n°930, DREES, novembre.

> Hotte R. et Martin H., 2015, «Mesurer le coût de l'enfant : deux approches à partir des enquêtes Budget de famille», *Dossiers Solidarité Santé*, n°62, DREES, juin.

> Borderies F., 2015, «L'offre d'accueil collectif des enfants de moins de trois ans en 2012», *Document de travail, Série Statistiques*, n°144, DREES, avril.

> Le Pape M.-C., Lhommeau B. et Raynaud E., 2015, «Les familles monoparentales en Europe : de nouvelles façons de faire famille pour de nouvelles normes ?» dans *Couples et familles*, *Insee Références*, Insee, décembre.



L'effort de la nation en faveur des enfants : 4% du PIB

La dépense sociale en faveur des enfants est estimée en 2013, selon la définition retenue, entre 75 et 94 Mds €, soit 4% du PIB. Cette dépense est constituée principalement par les prestations légales au titre de la famille ou de la maternité et par les dépenses d'action sociale des caisses de sécurité sociale et des collectivités territoriales, soit 48,7 Mds €; par les droits familiaux de retraite (18,4 Mds €); par les avantages fiscaux et sociaux au titre de la politique familiale (1,5 à 15,6 Mds €).

 **L'ouvrage** Befy M., Roussel R., Solard J., Mikou M., Ferretti C. (Dir.), Barnouin T., Doms A., Bougault P., Bouvet M., Montaut A., Renoux A., Padieu Y., de Tychey J., 2015, *La protection sociale en France et en Europe en 2013*, Coll. Études et statistiques, DREES, juillet [pp.209-224].



Retraites : analyser les fins de carrière

Les motifs de départ à la retraite diffèrent entre les femmes et les hommes

D'après l'enquête de la DREES et de ses partenaires (Cnav, Conseil d'orientation des retraites et direction de la sécurité sociale) sur les motivations de départ à la retraite des assurés du régime général, trois motivations sont citées par plus de 70% des nouveaux retraités, tant par les hommes que les femmes : la première est d'avoir atteint l'âge permettant de bénéficier du taux plein, la deuxième d'avoir atteint l'âge minimum pour liquider ses droits et la troisième de vouloir profiter le plus longtemps de sa retraite.

Parmi les nouveaux retraités du régime général, les départs des personnes les plus modestes sont davantage contraints. La majorité des nouveaux retraités à faible pension ne sont pas en emploi au moment de la liquidation de leur droit. Ils sont âgés en moyenne de 62,5 ans à la date de leur

départ, soit un an et demi de plus que les autres retraités. Beaucoup attendent 65 ans pour partir à la retraite afin de bénéficier du taux plein et du minimum contributif.

Les quatrième et cinquième raisons qui motivent un départ à la retraite sont respectivement, pour les femmes, le sentiment de lassitude au travail et des problèmes de santé et, pour les hommes, l'atteinte d'un niveau de pension suffisant et la lassitude au travail. Ces différences reflètent le fait que les femmes perçoivent en moyenne des pensions plus faibles que les hommes et qu'elles évoquent donc plus souvent des motivations proches de celles des personnes les plus modestes. À l'inverse, les hommes sont surreprésentés parmi les plus aisés. Parmi les personnes ayant prolongé leur activité, les plus aisées disent que l'intérêt de l'emploi et des conditions de travail ont beaucoup compté dans leur motivation de départ (45% contre 27% pour les plus modestes), quand les plus modestes mettent plus souvent en avant le fait de garder une rémunération pendant quelques années.

Une retraite inférieure pour les femmes

À 967€ bruts par mois en moyenne, la pension de droit direct des femmes est – selon l'échantillon interrégimes des retraités de 2012 –, de 40% inférieure à celle des hommes (1 610€). Cet écart se réduit à 26% en tenant compte des avantages accessoires, de la réversion et du minimum vieillesse. Ces différences s'expliquent par des carrières généralement moins favorables et moins complètes pour les femmes que pour les hommes ainsi que par leur plus grande longévité, la retraite moyenne étant bien plus faible aux âges élevés. Ces écarts s'atténuent au fil des générations grâce à l'amélioration des carrières des femmes, de leur niveau de qualification, de leur présence accrue sur le marché du travail, mais aussi aux politiques permettant de concilier vie professionnelle et vie familiale.

 > Collin C., 2015, «Retraites : les femmes perçoivent une pension inférieure de 26% à celle des hommes en 2012», *Études et Résultats*, n°904, DREES, janvier.

 **L'ouvrage** Solard G. (Dir.), Collin C. (Coord.), 2015, *Les retraités et les retraites*, Coll. Études et statistiques, DREES, juillet.

> Chabanne M., 2015, «Nouveaux retraités du régime général : des départs plus contraints pour les plus modestes», *Études et Résultats*, n°940, DREES, novembre.

> Senghor H., 2015, «Le taux de remplacement du salaire par la retraite diminue au fil des générations», *Études et Résultats*, n°926, DREES, juillet.

> Salembier L., 2015, «Fins de carrière autour des années 2000 : une hausse des situations de chômage à l'approche des 60 ans», *Études et Résultats*, n°917, DREES, mai.

> Duc C., 2015, «Les réformes des retraites depuis 1993 augmentent à terme l'âge moyen de départ de deux ans et demi», *Études et Résultats*, n°915, DREES, avril.

> Barthélemy N., Di Porto A., Samak J., 2015, «Retraites : le recul de l'âge minimal a peu d'effet sur les motivations de départ», *Études et Résultats*, n°902, DREES, janvier.

> Andrieux V., Bonnet C., Plouhinec C., Rapoport B., Solard G., 2016, «Droits familiaux et dispositifs de solidarité du système de retraite», *Dossiers Solidarité Santé*, n°72, DREES, janvier.

> Aubert P., Plouhinec C., Prouet E., 2015, «Les effets du temps partiel sur la retraite des salariés du privé et du public : impact sur les taux de remplacement, une analyse par cas types», *Dossiers Solidarité Santé*, n°65, DREES, juillet.

> Salembier L., 2015, «Les droits à la retraite acquis en début de carrière. Une analyse à partir de l'Échantillon interrégimes de cotisants 2009», *Dossiers Solidarité Santé*, n°60, DREES, janvier.

> Duc C., Housset F., Lequien L., Plouhinec C., 2015, «Le modèle de microsimulation Trajectoire : un outil d'estimation de réformes de retraites tous régimes», *Économie et Statistiques*, n°481-482, Insee.

> Aubert P., Plouhinec C., Prouet E., 2015, «Les effets du temps partiel sur le taux de remplacement dans les secteurs privé et public», *Retraite et Société*, n°75, Cnav, octobre.

Observer l'action sociale des départements

Le rôle des départements en faveur de l'aide sociale

L'aide sociale relève de la compétence quasi exclusive des conseils départementaux. Ceux-ci ont attribué, fin 2014, 4,2 millions de prestations d'aide sociale en faveur des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'enfance et de l'insertion. Cette dernière, qui couvre notamment le revenu de solidarité active (RSA) socle, concerne 2 millions de prestations.

Les résultats de l'enquête annuelle sur l'aide sociale de la DREES montrent que, fin 2014, 758 000 prestations, constituées de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de l'aide ménagère, ont été allouées aux personnes âgées pour leur permettre de rester chez elles. En outre, 633 000 prestations leur ont permis d'être accueillies chez des particuliers (placement familial) ou dans un établissement public ou privé du secteur médicosocial ou sanitaire ; ces prestations sont principalement l'APA, qui permet d'acquitter une partie du tarif dépendance de l'établissement, et l'aide sociale à l'hébergement, qui prend en charge tout ou partie des frais de séjour lorsque les ressources de la personne sont inférieures à ceux-ci.

En un an, le nombre des prestations versées a progressé de 3%, sous l'effet de la hausse des aides sociales à l'insertion (+5% en un an, soit +89 000 prestations) et de celles aux personnes handicapées (+5%, soit +24 000 prestations).

Assurer les missions sanitaires et médico-sociales de proximité

Le service départemental de protection maternelle et infantile (PMI) assure des missions sanitaires et médico-sociales à destination des mères, des futures mères et des enfants de moins de 6 ans. Le souci de proximité est fort : 5 100 points fixes de consultations ont été ainsi recensés en France en 2012 par l'enquête PMI de la DREES menée auprès des conseils départementaux.

L'activité en faveur des enfants, mission historique des services de PMI, a représenté 59% des consultations et visites à domicile ; elles ont bénéficié à près de 1,3 million d'enfants.

Une grande diversité d'actions auprès des mères sont assurées par les services de PMI qui représentent 12% de l'activité de consultation et de visite. Ce sont des consultations prénatales par un médecin ou une sage-femme, des visites à domicile et des entretiens individuels ou en couple.

La planification et l'éducation familiale représentent 29% de l'activité de consultation et de visite, via notamment les centres de planification et d'éducation familiale. Ces

derniers organisent des consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité, assurées par des sages-femmes ou des médecins ; ils dispensent des informations individuelles ou collectives de prévention portant sur la sexualité et les infections sexuellement transmissibles, ainsi que sur l'éducation familiale. Les mineurs suscitent 21% des consultations et 29% des entretiens, qui portent notamment sur la contraception.

Les 10 700 personnels (en équivalent temps plein) de PMI sont principalement constitués de 4 200 puéricultrices et 900 auxiliaires de puériculture, 2 100 médecins, 1 300 infirmiers(es) et 1 000 sages-femmes.

L'aide sociale

> Borderies F., Trespeux F., Amar É., 2015, «4,2 millions de prestations d'aide sociale attribuées par les départements en 2014», *Études et Résultats*, n°942, DREES, novembre.

> Amar É., Borderies F., 2015, «Les services de PMI : plus de 5 000 points fixes de consultations en 2012», *Études et Résultats*, n°913, DREES, avril.

> Amar É., 2015, «Les dépenses d'aide sociale départementale en 2013 : une croissance largement soutenue par le RSA», *Études et Résultats*, n°905, DREES, février.

> Marquier R., 2015, «L'action sociale des collectivités locales envers les personnes âgées. Une observation qualitative au-delà de l'aide sociale légale», *Dossiers Solidarité Santé*, n°71, DREES, décembre.

> Borderies F., Trespeux F., 2015, «Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2013», *Document de travail, Série Statistiques*, n°196, DREES, juin.

> Amar É., 2015, «Dépenses d'aide sociale départementale en 2013», *Document de travail, Série Statistiques*, n°197, DREES, août.

> Ramos-Gorand M., 2015, «Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine», Thèse pour l'obtention du doctorat en Géographie. Université Paris Est Créteil.

Le travail social

> Nahon S., 2015, «Diplômés de formations sociales en 2010 : une insertion professionnelle qui résiste à la crise», *Études et Résultats*, n°936, DREES, octobre.

> Nahon S., 2015, «La formation aux professions sociales en 2013», *Document de travail, Série Statistiques*, n°193, DREES, janvier.



Consolider les politiques sociales

La DREES publie chaque année le rapport des comptes de la protection sociale, l'un des comptes satellites des Comptes nationaux. Il fournit une estimation des prestations sociales (672,0 Mds€ en 2013, soit 31,7% du PIB), et retrace les dépenses et recettes de l'ensemble des régimes concourant à la protection sociale, ainsi qu'une observation de leurs principales évolutions.

Les comptes de la protection sociale servent de base à l'élaboration des comptes du Système européen de statistiques intégrées de protection sociale (Sespros) d'Eurostat. L'édition 2015 du rapport compare les différents systèmes européens de protection sociale, puis analyse ceux de nos voisins : l'Allemagne, le Royaume-Uni, la Suède et l'Italie.

Les politiques sociales européennes à l'épreuve de la crise

Par son ampleur et sa durée, la crise financière et économique de 2008 est la plus dure subie par l'Europe depuis les années 1930. Au sein de l'Union européenne, le chômage s'est accru, son taux passant de 7,0% en 2008 à 10,9% en 2013, et la situation s'est notamment aggravée pour les jeunes et les chômeurs de longue durée. Ces moyennes masquent des disparités importantes : en Grèce et en Espagne, plus d'un quart de la population active est au chômage, contre 5% des actifs en Allemagne.

Les systèmes de protection sociale ont joué leur rôle traditionnel d'amortisseur en début de crise : en 2009, les prestations sociales ont été le principal contributeur de la stabilisation du revenu disponible des ménages. Mais, face à la durée de la crise, la protection sociale peine de plus en plus à protéger les revenus, en particulier dans les pays les plus durement touchés. L'effet stabilisateur s'est affaibli dans de nombreux États membres en 2012 alors que les revenus se contractaient à nouveau.

La pauvreté et l'exclusion sociale progressent en Europe

Depuis 2008, le nombre de personnes à risque de pauvreté ou d'exclusion sociale a augmenté de 6 millions au sein de l'Union européenne. Ce risque concerne près d'un quart de la population européenne en 2013, et plus encore dans les pays fortement touchés par la crise : Espagne (27,3%), Portugal (27,5%), Italie (28,4%), Irlande (29,5%) et Grèce (35,7%). Ce risque recouvre soit la pauvreté monétaire, soit un ensemble de privations matérielles, soit enfin, une faible intensité d'emploi dans le ménage. A 18,1% en 2013, la France se positionne plus

favorablement et a notamment connu une diminution – faible – de la part de personnes en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale en cinq ans.

Si la part des enfants de moins de 18 ans en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale s'élève à 27,7% en 2013 au sein de l'Union européenne, les personnes plus âgées sont en revanche épargnées par la recrudescence de la pauvreté. Leur risque de pauvreté a diminué depuis 2010 : il vaut 18,2% en 2013 pour les plus de 65 ans.

Des inégalités de niveau de vie réduites par les prestations sociales

Les prestations sociales, notamment de chômage, d'invalidité, de famille, de logement et de lutte contre la pauvreté et contre l'exclusion sociale, largement orientées vers les plus modestes, réduisent fortement, dans tous les pays considérés, les inégalités relatives de revenus. Leur contribution varie de 84% pour la Suède à 64% pour le Royaume-Uni. L'Italie fait exception, où les impôts et cotisations salariales concourent pour 60% à la réduction des inégalités de revenus. En France, les prestations sociales expliquent, en 2010, les trois quarts de la réduction des inégalités de revenus contre un quart pour les prélèvements fiscaux et sociaux.

 **L'ouvrage** Befly M., Roussel R., Solard J., Mikou M., Ferretti C. (Dir.), Barnouin T., Doms A., Bougault P., Bouvet M., Montaut A., Renoux A., Padieu Y., de Tychey J., 2015, *La protection sociale en France et en Europe en 2013*, Coll. Études et statistiques, DREES, juillet.

> Mikou M., avec la participation de Barnouin T., 2015, «Compte provisoire des prestations de protection sociale : première estimation pour 2014», *Études et Résultats*, n°941, DREES, novembre.

> Bureau des comptes et prévisions d'ensemble, 2015, «Les comptes de la protection sociale en France et en Europe en 2013», *Études et Résultats*, n°925, DREES, juillet.

Les organismes complémentaires à la loupe

La complémentaire santé

Dans son rapport annuel, la DREES constate qu'en 2013, le nombre d'organismes assurant une couverture complémentaire santé a de nouveau diminué. Le mouvement de concentration, amorcé depuis 2001, se poursuit : en douze ans, le nombre de mutuelles a été divisé par trois et celui des institutions de prévoyance par deux. Les données de l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution et du fonds CMU montrent que le secteur mutualiste reste très morcelé avec 481 mutuelles offrant une couverture complémentaire santé en 2013 contre 96 sociétés d'assurance et 28 institutions de prévoyance. Les mutuelles restent prédominantes (54% des cotisations collectées) même si, à l'instar des institutions de prévoyance, leur part de marché diminue au profit des sociétés d'assurance. La santé est l'activité essentielle des mutuelles (91% des cotisations) alors qu'elle pèse moins de la moitié de celle des institutions de prévoyance et seulement 11% de celle des sociétés d'assurance.

Un secteur d'activité excédentaire

En 2013, 33 Mds € de cotisations ont été collectés sur le marché de l'assurance complémentaire santé. Ce marché a dégagé 228 millions d'euros d'excédents cette année, soit 0,7% des cotisations collectées. Le résultat en santé des institutions de prévoyance reste déficitaire (-1%) mais s'améliore. Il est de 1,8% pour les sociétés

d'assurance et de 0,6% pour les mutuelles. Pour 2011-2013, les contrats collectifs présentent un déficit tandis que les contrats individuels sont excédentaires.

86% des cotisations en santé sont reversées aux cotisants sous forme de charges de prestations (sinistres payés aux assurés, autres charges et frais de gestion des sinistres) : 93% par les institutions de prévoyance, 86% par les mutuelles et 80% par les sociétés d'assurance.

Les retraites supplémentaires

11,5 millions de personnes sont assurées par un contrat de retraite supplémentaire ou un PERCO en 2014. Les produits d'entreprise sont majoritaires. Le marché de la retraite supplémentaire, encore marginal en France, évolue peu. Un retraité sur huit perçoit une rente. Les prestations de retraite supplémentaire (6,6 Mds € soit 2,1% de l'ensemble des prestations retraite en 2014) sont versées le plus souvent sous forme de rente viagère.



> Jacod O., Montaut A., 2015, «Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013», *Études et Résultats*, n°919, DREES, juin.

> Laborde C., 2015, «Retraite supplémentaire : un retraité sur huit perçoit une rente», *Études et Résultats*, n°914, DREES, avril.

> Voir les fiches «La retraite supplémentaire» dans l'ouvrage annuel *Les retraités et les retraites*.

> Montaut A., 2015, *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*, Rapport 2014, DREES, juillet.

Quels enjeux pour l'Europe sociale ?

Après un numéro double portant sur les enjeux environnementaux et les inégalités sociales (voir p.3), *la Revue française des affaires sociales* (RFAS) a consacré en 2015 deux dossiers thématiques aux problématiques européennes. Dans le numéro de juillet-septembre, le dossier «La crise de la zone euro : quels enseignements pour l'Europe sociale ?» s'interroge sur les obstacles à l'émergence d'une dimension sociale des politiques communautaires et sur la pertinence d'une intégration toujours plus poussée de l'Union européenne, dans le contexte de la crise économique et financière. Les articles, traitant de sujets variés (multilinguisme, jurisprudence communautaire, droits des travailleurs, etc.) sont complétés par trois «points de vue»; des partenaires sociaux européens et d'un sociologue grec spécialiste des politiques de santé.

Dans le numéro d'octobre-décembre, le dossier «Les réformes de la protection sociale en Allemagne depuis les années 1990» détaille les changements intervenus dans plusieurs secteurs de la protection sociale (Assurance retraite, dépendance, accueil des jeunes enfants, intégration de personnes handicapées dans l'entreprise, etc.) à l'aune du spectaculaire dynamisme économique allemand : ont-ils contribué au rétablissement du pays ? Se sont-ils accompagnés d'une dégradation des conditions de vie d'une partie de la population ?



La Revue française des affaires sociales

> *Les réformes de la protection sociale en Allemagne depuis les années 1990*, Revue française des affaires sociales 2015, n°4.

> *La crise de la zone euro : quels enseignements pour l'Europe sociale ?* Revue française des affaires sociales 2015, n°3.

Développer des outils d'évaluation

Pour remplir sa mission d'évaluation, la DREES a construit plusieurs modèles de microsimulation, principalement fondés sur ses propres sources de données.

Le modèle de microsimulation INES

Développé par la DREES et l'Insee, le modèle est fondé sur les enquêtes Revenus fiscaux et sociaux de l'Insee. Pour chaque ménage de l'enquête, il simule sur barème la législation sociale et fiscale française. Il permet en particulier d'évaluer l'impact budgétaire et redistributif de réformes (déjà mises en œuvre ou en discussion) de nombreux prélèvements et prestations sociales : prestations familiales, allocations logement, minima sociaux, cotisations et contributions sociales, impôt sur le revenu...

En 2015, la DREES et l'Insee ont ainsi montré que les réformes des prestations et prélèvements de 2014 ont épargné les Français les plus modestes.

Le modèle est également utilisé par la DREES pour estimer le taux de non-recours à la CMU-C et par l'Insee pour donner une estimation précoce de l'évolution du taux de pauvreté en France.

Par décision conjointe de la DREES et de l'Insee, le code source du modèle est rendu public en juin 2016.

Le modèle AUTONOMIX

Ce modèle, fondé sur des données individuelles de gestion de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) de 66 conseils départementaux, permet de simuler les aides publiques dont bénéficient les personnes dépendantes : APA, aides au logement, réductions d'impôt, aide sociale à l'hébergement, exonérations sociales. Il tient compte du degré de dépendance (GIR), du plan d'aide, des ressources, du statut matrimonial, des lieux de vie (domicile ou établissement)... et, grâce à l'enquête EHPA, il est enrichi de données sur les établissements : statut public ou privé, tarifs dépendance et hébergement. La DREES a ainsi pu analyser le reste à charge auquel font face les personnes âgées dépendantes pour le débat national sur la dépendance de 2011, et réaliser des projections de dépenses liées à la dépendance à l'horizon 2040. En 2015, ce modèle a fait l'objet de publications de la DREES et d'un article dans la revue *Économie et statistique* présentant des résultats actualisés sur le reste à charge de la dépendance, et des simulations de réforme.

Le modèle TRAJECTOIRE

Ce modèle simule la carrière d'un échantillon d'individus et les éléments nécessaires au calcul d'une pension de retraite (trimestres cotisés dans chaque caisse, trimestres validés, salaires...), les comportements de départ à la retraite, selon une législation dont les éléments sont para-

métrables. Il calcule une pension de retraite tous régimes pour chaque individu.

Il est fondé sur l'échantillon interrégimes de cotisants, représentatif de la population française d'âge actif et couvrant la quasi-totalité des 70 caisses de retraite.

Il permet d'évaluer les effets des projets de réforme des retraites sur les masses de pension versées, les pensions individuelles et les âges de départ à la retraite ; et d'apprécier le caractère redistributif de ces projets de réforme.

Le modèle Omar-INES pour le reste à charge des dépenses de soins

Il permet de simuler au niveau individuel le partage de la dépense de soins entre la Sécurité sociale, l'organisme complémentaire (mutuelle, assurance ou institut de prévoyance) et la personne (le reste-à-charge). Après rapprochement du modèle INES, il permet des études de la redistribution.

Le modèle est fondé sur les données de l'enquête santé et protection sociale de l'Irdes, appariées aux données de remboursement de la Cnam. Après imputation des données de l'enquête sur les contrats d'assurance complémentaires les plus souscrits de la DREES, il estime le montant remboursé par l'assurance complémentaire et en déduit le reste-à-charge.



> André M. et Solard J., 2015, «Au titre de la politique familiale, la Nation a consacré 4% du PIB aux enfants en 2013», *La protection sociale en France et en Europe en 2013*, Coll. Études et statistiques, DREES, juillet.

> Fontaine M. et Sicsic M., 2015, «Des indicateurs précoces de pauvreté et d'inégalités, résultats expérimentaux pour 2014», *Insee Analyses*, n°23, Insee, décembre.

> Fontaine M. et Fourcot J., 2015, «Nowcasting du taux de pauvreté par la microsimulation», *Document de travail*, n°F1506, Insee, décembre.

> André M., Cazenave M-C., Fontaine M., Fourcot J., Sireyjol A., 2015, «Effet des nouvelles mesures sociales et fiscales sur le niveau de vie des ménages : méthodologie de chiffrage avec le modèle de microsimulation Ines», *Document de travail*, n°F1507, Insee, décembre.

> André M., Cazenave M-C., Fontaine M., Fourcot J., Sireyjol A., 2015, «Les réformes des prestations et prélèvements intervenues en 2014 pénalisent les 50% des ménages les plus aisés et épargnent les 10% les plus modestes», *France, Portrait Social*, Coll. Insee Références, Insee.

Le modèle de microsimulation INES drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/article/le-modele-de-microsimulation-ines

Éclairer les politiques publiques

Grâce à ses travaux d'évaluation des politiques publiques, la DREES fournit une aide à la décision pour le ministère des Affaires sociales et de la Santé.

L'accès aux prestations sociales

Le non-recours aux prestations sociales est au cœur de l'analyse des politiques publiques. Pour le mesurer, la DREES met en œuvre deux méthodes :

> la confrontation des données simulées et observées. Grâce au modèle Ines, la DREES estime les effectifs des personnes éligibles à la CMU-C ou à l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et les compare à ceux de leurs bénéficiaires effectifs : les taux de non-recours sont de 25% à 36% pour la CMU-C et des deux tiers à l'ACS.

> le croisement de données administratives : l'appariement de l'échantillon interrégimes de retraités (EIR) et des déclarations fiscales de revenu permettra d'estimer le non-recours au minimum vieillesse des personnes retraitées seules.

La DREES étudie les causes du non-recours et les caractéristiques des «non-recourants». En 2015, s'agissant des personnes sans domicile, elle a dégagé deux raisons du non-recours aux prestations sociales : le manque d'information et le découragement face à la complexité perçue des démarches.

L'accès aux soins sur le territoire

La bonne adéquation de l'offre et de la demande de soins de premier recours à l'échelon local est un objectif essentiel pour le ministère. Pour la mesurer, la DREES et l'Irdes ont développé l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). Calculé à l'échelle communale, il considère l'offre et la demande issue des communes environnantes. L'offre est fondée sur le niveau d'activité des professionnels en exercice (données de l'assurance-maladie) et la demande est appréhendée par la structure par âge de la population de chaque commune (Insee). L'accès à un médecin généraliste est plus aisé

en milieu urbain, et plus encore au sein des pôles urbains petits ou moyens. Parmi les communes rurales, il est meilleur dans les communes isolées que dans les communes périurbaines.

La DREES a également développé l'outil SIMPLEXE qui permet aux agences régionales de santé de simuler les conséquences des projets de réorganisation des services de soins au niveau local, notamment en temps d'accès aux services de santé.

Les réformes des retraites

Grâce à son modèle TRAJECTOIRE, la DREES a évalué les conséquences des réformes des retraites depuis 1993. Celles-ci induiront un recul de l'âge moyen de départ de 2 ans à 3 ans pour les générations 1960 à 1980. Ce recul sera moindre pour les femmes que pour les hommes de la génération 1980 (32 mois contre 35 mois), ainsi que pour les personnes à faible salaire.

La politique familiale pour l'accueil des jeunes enfants

Grâce à son enquête sur les modes de garde et d'accueil des jeunes enfants, la DREES effectue un bilan des politiques publiques destinées à faciliter la garde des enfants. Elle décrit ainsi en 2002, 2007 et 2013, les solutions adoptées par les parents d'enfants de moins de 6 ans pour les faire garder au cours d'une semaine habituelle, par eux-mêmes, par une assistante maternelle, un établissement d'accueil du jeune enfant, un(e) salarié(e) à domicile ou les grands-parents ainsi que, pour les enfants de 3 à 6 ans, le temps passé à l'école.

La DREES a mesuré le coût pour les familles des différents modes de garde adoptés, après allocations et crédit d'impôt.



Diffuser et valoriser les travaux de la DREES

La DREES publie de nombreuses données et études, dans ses différentes collections et sur son site internet. Elle mène de nombreuses actions de communication auprès des médias et de ses publics et organise des colloques et séminaires.

Des collections renouvelées adaptées aux différents contenus et publics

La DREES diffuse ses analyses et données à travers quatre collections :

- > Études et Résultats (4 à 8 pages) ;
- > Les Dossiers de la DREES ;
- > Ouvrages qui deviennent en 2016 Panoramas, déclinés en deux séries : «social» (minima sociaux, retraités, protection sociale...) et «santé» (dépenses, établissements, professions...);
- > Documents de travail de la DREES.

En 2015, la DREES a publié 44 *Études et Résultats*, 14 *Dossiers de la DREES* (et *Dossiers Solidarité et Santé*), 11 documents de travail et 6 ouvrages.

Elle a renouvelé ses collections depuis 2015 et engagé une dématérialisation de celles-ci.

Le site de la DREES drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/



Une politique d'ouverture des données

La DREES diffuse ses travaux sur son espace Internet, dont elle développe régulièrement les contenus afin d'augmenter l'accessibilité des publications et données.

La DREES rassemble dans data.drees les données quantitatives qu'elle produit ou traite, sous forme de cubes de données au format Beyond 20/20 ou de tableaux Excel, et leurs métadonnées. L'espace est régulièrement enrichi et compte, début 2016, 170 cubes de données, 140 fichiers Excel et 60 autres documents. A cette date, on compte 18 000 accès par mois.

Susciter l'intérêt des médias pour faire connaître nos travaux

La DREES communique régulièrement vers ses publics externes (presse, partenaires institutionnels, professionnels de la santé et du social, abonnés aux publications) pour assurer la visibilité de ses travaux. Sa politique de communication et de relations presse comprend notamment des avis de parution à l'occasion de chaque nouvelle publication, des communiqués de presse, des fichiers presse ciblés par secteurs et par types de médias et une

réponse rapide et de qualité aux demandes des journalistes et des citoyens.

Elle organise par ailleurs de nombreuses manifestations publiques ou professionnelles (séminaires, colloques) afin de valoriser les résultats de ses enquêtes ou de ses études. Elle conçoit des affiches, dépliants, plaquettes pour sensibiliser les publics concernés par ses enquêtes.

La notoriété de la DREES a fortement progressé depuis 2013

La DREES a fortement gagné en visibilité depuis 2013. On décompte 5540 retombées médias en 2015 contre 3020 en 2013 soit +83% en deux ans. Cette croissance s'explique surtout par la forte progression des retombées sur internet (3380 en 2015 soit +132% en deux ans). Toutefois, les retombées dans la presse écrite, de 2160 en 2015, ont progressé de 38% depuis 2013.

De 2014 à 2015, les retombées ont augmenté plus fortement dans les médias généralistes (+37%, soit 3550 en 2015) que dans les médias professionnels (+23%, soit 1990 en 2015). Les citations explicites de la DREES ont augmenté de 12%.

Les missions de la DREES

La DREES est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux. Elle a une double fonction : éclairer la Nation sur l'état sanitaire et social du pays et fournir une aide à la décision et à l'évaluation pour les ministères sociaux.

La DREES, partie intégrante du service statistique public

Elle produit un grand nombre de statistiques en matière de santé et de protection sociale. Pour cela, elle réalise des enquêtes auprès :

- > des ménages : santé, périnatalité, handicap, dépendance, modes de garde, ressources des jeunes adultes, bénéficiaires de minima sociaux, motivations de départ à la retraite, baromètre d'opinion notamment ;
- > des hôpitaux et cliniques ;
- > des établissements médico-sociaux et sociaux ;
- > des écoles de formation aux professions de la santé et du social ;
- > des écoles et collèges (santé des enfants scolarisés, en partenariat avec l'Éducation nationale) ;
- > des entreprises (protection sociale d'entreprise).

Elle exploite des données produites par d'autres administrations (celle des impôts notamment), par les conseils départementaux (politiques sociales locales) ou les caisses de sécurité sociale (Cnam-TS, Cnaf, Cnav, Acof).

Dans le cadre de la comptabilité nationale, la DREES réalise des travaux de synthèse : les comptes de la santé, les comptes de la protection sociale ainsi que les efforts de la Nation dans plusieurs domaines (famille, dépendance, personnes handicapées ou en situation d'exclusion, ...). Pour orienter ses travaux à plus long terme, la DREES anime des travaux de recherche à caractère socioéconomique et stimule les réflexions lors des nombreux colloques et séminaires qu'elle organise chaque année.

Elle participe à la réflexion internationale à travers les travaux de l'OCDE, d'Eurostat et du Conseil européen.

La DREES ouvre au public ses données (data.drees), notamment sous forme d'hypercubes, ses études et analyses à partir de son espace internet et de ses publications.

La DREES éclaire l'action des ministères sociaux

Elle réalise des travaux d'évaluation. Pour cela, elle a construit, à partir des sources qu'elle produit ou rassemble, plusieurs modèles de microsimulation (voir p.28). En partenariat avec l'Insee, la DREES a dévelop-

pé des outils d'analyse territoriale de l'accès aux soins, très utilisés par les agences régionales de santé (ARS). Elle met à disposition des ARS et des DRJSCS, des bases de données et des fichiers d'enquête. Elle anime les réseaux territoriaux de statisticiens et de plateformes régionales d'observation sociale et les assiste dans leurs travaux d'observation et d'évaluation.

La DREES assure des missions ministérielles

Elle gère deux répertoires administratifs pour le compte des ministères sociaux : FINESS relatif aux établissements sanitaires et sociaux et ADELI relatif aux professionnels de la santé et du social.

En liaison avec l'administrateur général des données, la DREES est chargée de la gouvernance des données de santé et de la définition des règles de leur mise à disposition à des fins de connaissance, d'étude, de recherche et d'évaluation.

Elle coordonne les programmes d'études des directions d'administration centrale.

Elle assure le secrétariat général de trois observatoires nationaux : de la démographie des professions de santé ; de la pauvreté et de l'exclusion sociale ; du suicide.

Elle assure également la responsabilité éditoriale de la *Revue française des affaires sociales*.

Un personnel très qualifié et diversifié

La DREES dispose d'environ 170 agents à Paris et d'une petite vingtaine en région, dans les ARS et les DRJSCS. Son personnel très qualifié est composé de 82% de cadres A, 12% de cadres B et 6% de cadres C. La DREES emploie notamment des statisticiens, des économistes, des démographes, des informaticiens, des médecins et des gestionnaires. Elle emploie à Paris et en région 57 agents titulaires des ministères sociaux, 61 contractuels ainsi que 66 agents de l'Insee.

Les femmes représentent presque les deux tiers de l'effectif de la DREES et 62% de l'encadrement. La DREES compte une forte proportion de jeunes agents, nettement supérieure à celle observée pour les ministères sociaux dans leur ensemble.

Sigles utilisés

AcoSS Agence centrale des organismes de Sécurité sociale

ACS Aide au paiement d'une complémentaire santé

ALD Affection longue durée

AMC Assurance maladie complémentaire

AMO Assurance maladie obligatoire

AMP Assistance médicale à la procréation

ANI accord national interprofessionnel

APA Allocation personnalisée d'autonomie

ARS Agence régionale de santé

ASH Aide sociale à l'hébergement

APL Accessibilité potentielle localisée

Asco Action sociale des communes et intercommunalités (enquête)

AVC Accident vasculaire cérébral

CCAS Centre communal d'action sociale

Céreq Centre d'études et de recherches sur les qualifications

CiAS Centre intercommunal d'action sociale

CNAF Caisse nationale des allocations familiales

CNAMTS Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNSA Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CNAV Caisse nationale d'assurance vieillesse

CMU-C Couverture maladie universelle complémentaire

Constances Consultants des centres d'exams de santé

COR Conseil d'orientation des retraites

CSBM Consommation de soins et de biens médicaux

DALO Droit au logement opposable

DCS Dépense courante de santé

DGS Direction générale de la santé

DSS Direction de la sécurité sociale

DRJSCS Direction régionale de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports

EAJE Établissements d'accueil du jeune enfant

EIR Échantillon interrégimes de retraités

Eprus Établissements de préparation et de réponse aux urgences sanitaires devenu Santé publique France

ETP Équivalent temps plein

EPCI Établissement public de coopération intercommunale

Francim France, cancer, incidence et mortalité

GERS Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques

GIR Groupes iso-ressources

HCF Haut Conseil de la famille

Hygie (panel) données administratives de carrière et de dépenses de santé des salariés affiliés au Régime général

INCa Institut national du cancer

INDS Institut national des données de santé

Inserm Institut national de la santé et de la recherche médicale

Inpes Institut national de prévention et d'éducation pour la santé devenu Santé publique France

InVS Institut de veille sanitaire devenu Santé publique France

Irdes Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

IVG Interruption volontaire de grossesse

MCO Médecine-chirurgie-obstétrique

OC Organismes complémentaires

OCDE Organisation de coopération et de développement économiques

ONDAM Objectif national des dépenses d'assurance maladie

PAERPA Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PACES Première année commune aux études de santé

PERCO Plan d'épargne pour la retraite collectif

PMI Protection maternelle et infantile

RAC Reste à charge

RSA Revenu de solidarité active

SILC *Survey on Income and Living Conditions*

Sip Santé et itinéraire professionnel (enquête)

Sespros Système européen de statistiques intégrées de protection sociale

SNDS Système national des données de santé

T2A Tarification à l'activité

VIH Virus de l'immunodéficience humaine

Directeur de la publication Franck von Lennepe

Rédaction et relecture Patrick Aubert, Magali Beffy, Nathalie Fourcade, Elisabeth Hini, Jean-Louis Lhéritier

Merci à toutes les personnes de la DREES qui par leurs travaux ont nourri la rédaction de ce rapport

Conception éditoriale Elisabeth Hini

Crédits photos Couverture © cherezoff > p. 1 et p. 2 © Jacky d. Frenoy/Dicom

> p. 3 © Radu Sebastian > p. 6 © majivecka > p. 8 et 9 © Svisio > p. 10 © arztamui et © lisafx > p. 11 © beakraus

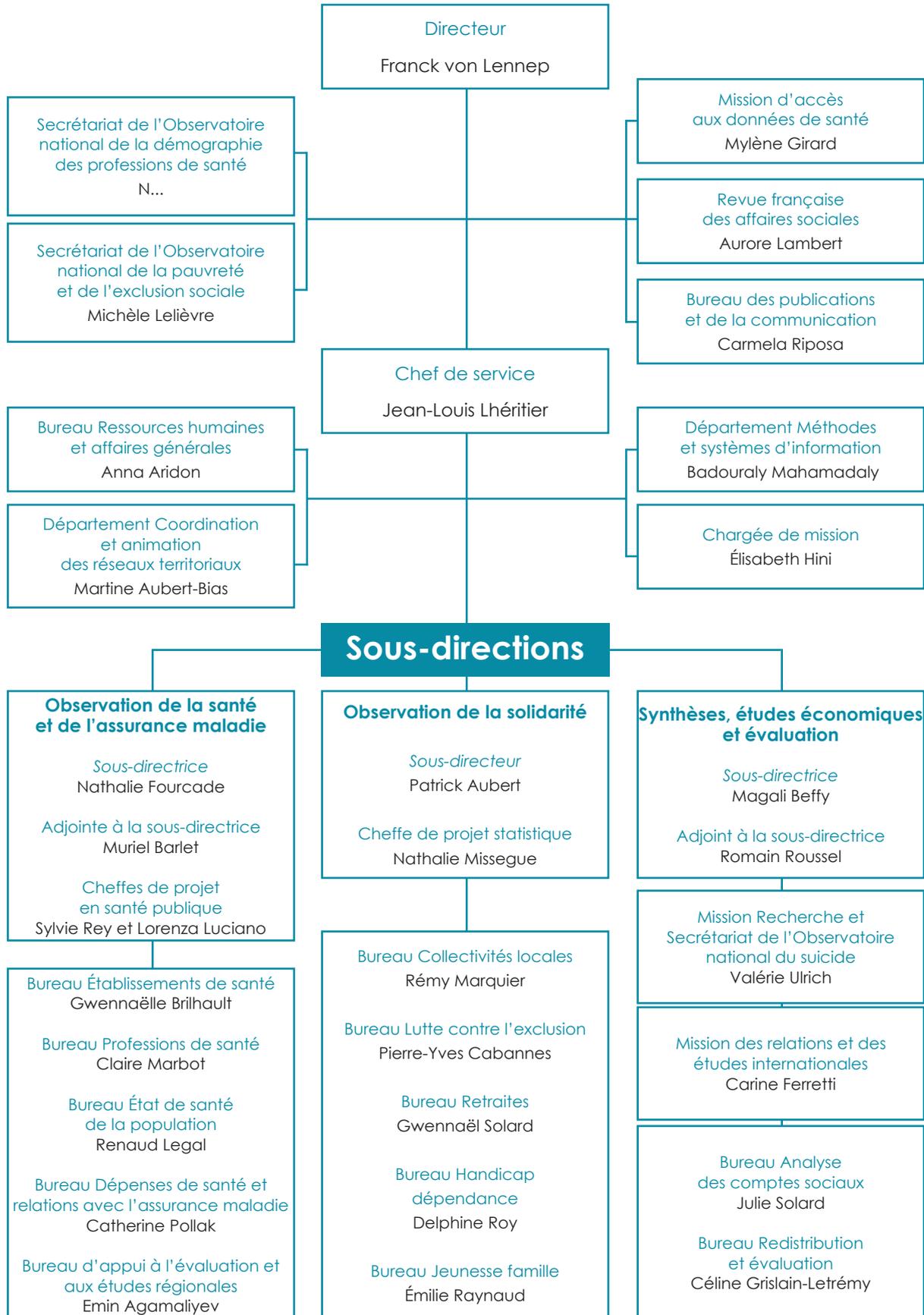
> p. 12 © prudkov > p. 13 epicurean > p. 14 © lovleah > p. 15 © Spotmatik > p. 16 © oyen > p. 17 © maxuser

> p. 18 et 19 © Tonygers > p. 20 © Zinkevych > p. 21 © michaelpuche > p. 22 © panic_attack > p. 23. © SergiyN

> p. 24 © tetmc > p. 25 © ewastudio > p. 26 © JulyVelchev > p. 29 © Rawpixel Ltd

Impression Dicom n° 16-065

DREES - ORGANIGRAMME





Drees
DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES,
DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES