

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

DREES - 2014

Rapport d'activité



MINISTÈRE
DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION
PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Rédaction et relecture : Magali Befly, Nathalie Fourcade,
Elisabeth Hini, Jean-Louis Lhéritier, Magda Tomasini

**Toutes les personnes de la DREES, par leurs travaux, ont nourri
la rédaction de ce rapport**

Conception éditoriale : Elisabeth Hini

Crédits photos : Couverture © agsandrew ;
pp. 1 et 3 © Sipa Press/Dicom ; p. 4 © LaserLens ;
p. 5 © Clément Martin - Sipa Press/Dicom ;
p. 6 © Jacky d. Frenoy/Dicom ; p. 8 © Artographics ;
p.10 © byryo ; p.11 © RomanSeliutin ; p.12 © sduben ;
p.13 © linephoto ; p. 15 © AdventurePicture ;
p. 17 © naumoid ; p.18 © Bet_Noire ; p. 20 © style-photographs

Impression : Dicom n° 15-078



<http://www.drees.sante.gouv.fr/>



Le comité de direction

De gauche à droite : André Loth, Nathalie Fourcade, Aurore Lambert, Martine Aubert-Bias, Franck von Lennep, Carmela Riposa, Jean-Louis Lhéritier, Magda Tomasini, Magali Befy, Badouraly Mahamadaly et Anna Aridon (non présente).

Sommaire

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

> Les quatre faits marquants de l'année 2014

Deux enquêtes pour mieux connaître les ressources et conditions de vie des jeunes et des personnes âgées.....4

Les urgences hospitalières.....5

L'accès aux données de santé.....6

Le suicide.....7

> La Protection sociale.....8

La pauvreté et l'exclusion sociale.....9

Les retraités et les retraites.....10

L'autonomie des personnes âgées.....11

Les jeunes enfants - Les jeunes adultes.....12

Les professions du social et médico-social
La politique sociale des collectivités locales....13

Les Comptes de la protection sociale.....14

> La Santé.....15

L'état de santé de la population.....16

Des enjeux sociaux et territoriaux.....17

L'assurance maladie et le recours aux soins.....18

Les établissements de santé.....19

Les professionnels de santé.....20

Les Comptes de la santé.....21

Des outils d'évaluation performants.....22

Les missions de la DREES.....23 et 24

Le mot du directeur

En 2014, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a lancé ou préparé plusieurs opérations statistiques innovantes. Grâce à la qualité de ses travaux et à la réactivité de ses équipes, elle a aidé à la décision sur les grands projets du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Elle a ouvert ses données et travaux au plus grand nombre et leur visibilité enrichit le débat public sur la situation sanitaire et sociale de la Nation.

Des opérations statistiques innovantes pour éclairer le débat social

L'accès des jeunes adultes à l'autonomie est une préoccupation en France et dans les pays européens. Leurs conditions de vie et leurs ressources sont mal connues par la statistique publique. C'est la raison pour laquelle la DREES a mené en 2014, en partenariat avec l'Insee, l'enquête nationale sur les ressources des jeunes, qui interroge les 18-24 ans et leurs parents.

Pour répondre aux questions liées au vieillissement de la population, la DREES a lancé en 2014 les enquêtes CARE sur l'autonomie des personnes âgées qui se dérouleront jusqu'à 2016. Elles fourniront des informations nouvelles sur l'évolution du nombre des personnes âgées dépendantes, qu'elles vivent à domicile ou en institution, sur le reste à charge lié à la dépendance que doivent supporter les familles, et sur l'implication de l'entourage de la personne âgée.

La DREES a préparé en 2014 l'enquête sur les délais d'accès aux soins, qui s'articulera sur la cohorte Constances de l'Inserm, et s'est fortement impliquée dans les réflexions européennes sur le système d'observation en santé. Elle a piloté la réflexion sur l'architecture d'ensemble des enquêtes santé auprès des ménages, afin de s'assurer de la pertinence des informations recueillies et de coordonner les différents acteurs, tout en tenant compte de la montée en charge des bases de données médico-administratives. Elle a renouvelé son baromètre d'opinion pour mieux suivre la perception qu'ont les Français de notre système de protection sociale.

Une ouverture maîtrisée des données de santé

Avec Philippe Burnel, délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé du ministère, j'ai eu le privilège d'animer, à la demande de Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, la commission open data en santé dont les recommandations ont nourri l'actuel projet de loi sur la modernisation de notre système de santé. Des travaux importants ont permis

de mieux cerner les risques de ré-identification des patients dans les bases de données médico-administratives. Une ouverture maîtrisée des données de santé, favorisant la recherche et l'innovation dans le respect de la vie privée des patients, devrait très prochainement devenir une réalité pour toutes les parties prenantes.

Pour faciliter l'appréhension de ces données médico-administratives au sein des agences régionales de santé et des directions d'administration centrale du ministère, pour développer les travaux d'évaluation et pour mieux décliner les études nationales au niveau régional, la DREES a créé en son sein une cellule d'appui à l'évaluation et aux études régionales.

Aider à la décision du ministère

La DREES 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 lois relatifs à la modernisation de notre système de santé, à l'adaptation de la société au vieillissement ou au dialogue social et à l'emploi (créa-

La DREES éclaire les questions liées au genre

La question des inégalités entre les femmes et les hommes est au cœur des débats publics, et partie intégrante des travaux de la DREES. Que les questions portent sur les revenus ou les conditions de vie, sur l'enfance, la retraite et le vieillissement, sur la santé de la population en France, sur les professionnels de santé, la direction publie des statistiques qui distinguent à chaque fois la situation des femmes de celle des hommes et prend en compte cette dimension dans ses études. Ainsi, en 2014, elle a apporté un éclairage nouveau sur les disparités salariales entre femmes et hommes parmi les travailleurs sociaux. Par ailleurs, Marisol Touraine a chargé la DREES d'animer en 2015 la commission sur les données et la connaissance des interruptions volontaires de grossesse.

tion de la prime d'activité). Elle s'est investie dans la stratégie nationale de santé, en pilotant l'accès aux données de santé, mais aussi via ses travaux sur les indicateurs de santé de la population, les contrats responsables ou sur le compte de la prévention. La DREES a animé les travaux de l'Observatoire national du suicide et je me réjouis que la qualité de son premier rapport ait été unanimement saluée.

Pour remplir ce rôle d'expertise et d'évaluation, la direction a continué à développer ses outils de microsimulation : INES pour l'analyse de la redistribution, AUTONOMIX pour la dépendance, TRAJECTOIRE pour les retraites et OMARINES pour les restes à charge en santé constituent ainsi des outils de référence. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée aux professionnels de santé, développé en partenariat avec l'IRDES, est désormais utilisé par les agences régionales de santé dès qu'il s'agit de faire évoluer l'offre de soins au sein d'un territoire.

La DREES, en partenariat avec l'Insee et les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, a décliné au niveau territorial les indicateurs de suivi de la mise en œuvre du plan gouvernemental de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale.

La DREES a également largement 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.

Ouvrir nos données au plus grand nombre et promouvoir les travaux de la DREES

La DREES a fortement accru sa visibilité en 2014. Elle a mené un important travail sur la diffusion des publications et les relations médias. Elle s'est attachée à la qualité rédactionnelle des résumés de ses études et à la rédaction de communiqués de presse. De ce fait, les retombées presse des publications de la DREES ont fortement progressé, en particulier dans les quotidiens nationaux et régionaux ainsi que dans les médias Internet. La création de l'espace data.drees, qui rassemble toutes les données diffusées par la direction et propose notamment 150 hypercubes, est un défi que l'ensemble des équipes a su relever. Grâce à ces actions, le débat public sur les questions sanitaires et sociales est mieux éclairé.



Franck von Lennep, Directeur de la DREES.

Gagner en efficacité

La DREES a poursuivi ses efforts de rationalisation tout en améliorant la qualité de ses systèmes d'information.

Elle a ainsi continué à dématérialiser ses enquêtes auprès des établissements sanitaires ou sociaux, des écoles et des collectivités locales. Des économies, notamment de saisie de questionnaires papier, ont été dégagées et la qualité des données que nous collectons s'en trouve améliorée, grâce aux contrôles « embarqués » des réponses fournies par les établissements que notre outil de collecte par internet SPEI permet.

Nous avons aussi amélioré l'articulation de nos données avec celles des autres administrations ou des caisses de sécurité sociale, qu'il s'agisse par exemple de notre système d'observation sur la dépendance des personnes âgées qui bénéficiera de nombreux enrichissements (revenus imposables, prestations sociales y compris allocation personnalisée pour l'autonomie, données de santé), ou de la statistique annuelle des établissements de santé, désormais mieux articulée avec les bases de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, ce qui a permis de réduire d'un quart les données demandées aux hôpitaux et cliniques.

Je salue également l'amélioration de la gestion et de la qualité du répertoire Finess des établissements sanitaires et sociaux, grâce aux équipes qui ont mis en œuvre, dans des délais courts, les recommandations de l'Inspection générale des affaires sociales.

Ce premier rapport d'activité de la DREES présente l'essentiel du travail accompli au cours de l'année 2014, grâce à l'engagement et aux compétences des personnes de la direction.

Deux enquêtes pour mieux connaître les ressources et conditions de vie...

... des jeunes

L'accès à l'autonomie des jeunes : une préoccupation européenne

Quelles perspectives la société offre-t-elle aux jeunes pour accéder à l'autonomie ? Les conditions de vie et les ressources des jeunes sont l'objet de préoccupations grandissantes aussi bien en France que dans les pays européens.



Pour éclairer ces questions mal couvertes par la statistique publique, la DREES et l'Insee ont réalisé au 4^e trimestre de 2014 une enquête nationale sur les ressources des jeunes (ENRJ) auprès d'un échantillon de jeunes adultes de 18 à 24 ans et de leurs parents.

Les objectifs de l'enquête

Le premier objectif est de mesurer les différentes ressources des jeunes adultes : celles émanant d'activités rémunérées, celles correspondant à des transferts sociaux et fiscaux et celles provenant des transferts monétaires en nature reçus des parents ou d'autres ménages ou personnes.

Quelles ressources pour l'accès à l'autonomie ?

L'enquête mesure la charge budgétaire que représente le jeune sur le budget des parents et évalue les ressources permettant aux jeunes adultes d'accéder à l'autonomie. Elle couvre les logements ordinaires et les communautés et fournit ainsi des données inédites sur leurs conditions de logement, et notamment la multi-résidence.

 Portela M., de Saint Pol T., Albérola É., 2014, « Ressources et parcours vers l'indépendance des jeunes adultes en France », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 51, DREES, février.

... des personnes âgées

Capacités, autonomie et ressources des personnes âgées

Avec le vieillissement des générations du baby-boom, la perte d'autonomie des personnes âgées est une question prospective majeure pour la société. Les systèmes d'observation actuels ne permettent pas de cerner les moyens mobilisés par les ménages confrontés à la dépendance d'un des leurs et leurs difficultés à y faire face.

Pour améliorer la connaissance autour de cette problématique, la DREES a lancé en 2014 un dispositif d'enquêtes sur les Capacités, aides et ressources des seniors (CARE) en partenariat avec la CNSA, la CNAV et la CCMSA. Le dispositif permettra de suivre l'évolution du nombre de personnes dépendantes et d'estimer la prévalence de la dépendance au niveau départemental. Grâce à deux enquêtes, l'une auprès des seniors vivant à leur domicile, l'autre auprès de ceux vivant en institution, et à leur volet « aidants », il sera possible d'estimer le reste à charge lié à la dépendance après la déduction des aides publiques et de mesurer l'implication de l'entourage auprès de la personne âgée. Il sera possible de mieux appréhender les relations aidant-aidé, de détailler les aides humaines, financières et matérielles fournies par l'entourage, les ressources, les dépenses liées à la perte d'autonomie et les répercussions de l'aide dans sa vie affective, professionnelle, sociale et sur son état de santé.

 www.drees.sante.gouv.fr/les-enquetes-capacites-aides-et-ressources-des-seniors-care,11467.html



Les urgences hospitalières

La fréquentation des services des urgences hospitalières augmente de façon continue : en 2012, 18,7 millions de personnes s'y sont rendues, soit 50 000 par jour, contre 14 millions en 2002. Pour autant, peu d'éléments permettent de comprendre les motivations des patients, l'organisation des services et les délais de prise en charge. Pour pallier ce manque, la DREES a réalisé en juin 2013, en partenariat avec les services d'urgences et la Société française de médecine d'urgence, une enquête innovante sur ces structures et sur les patients qui y ont eu recours. Ses résultats ont permis de montrer que la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation.



Le Pr. Jeannot Schmidt, de la Société française de médecine d'urgence, ouvre le colloque du 18 novembre 2014.

L'enquête auprès des structures d'urgences hospitalières

La DREES a réalisé son enquête un jour donné, le 11 juin 2013. Elle a concerné les 52 000 patients qui se sont présentés ce jour-ci dans les 736 points d'accueils des urgences de la France métropolitaine et des DOM.

La réussite de cette enquête repose largement sur une préparation en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence, avec la participation de SAMU-Urgences de France et de l'Association des médecins urgentistes de France. De plus, la collecte, étalée sur 24 heures en parallèle de la prise en charge médicale, a été réalisée par les équipes des urgences elles-mêmes.

Cette enquête comporte deux volets complémentaires :

- > l'un relatif aux structures elles-mêmes qui renseigne sur leur organisation et leurs moyens pour l'ensemble de l'année et le jour de l'enquête (décompte des personnels et patients présents à différentes heures de la journée) ;
- > l'autre relatif aux patients qui porte sur les motifs de recours, et qui fournit un descriptif de la prise en charge réalisée aux urgences jusqu'à la sortie de la structure.

Des premiers résultats riches d'enseignement

La DREES a montré que la prise en charge aux urgences dure moins de deux heures pour la moitié des patients, hormis ceux ayant séjourné en unité d'hospitalisation de courte durée dont le passage est alors plus long.

Dans six cas sur dix, la venue dans un service d'urgences résulte de l'initiative du patient ou du conseil d'un proche. Les patients arrivent pour les deux tiers de leur domicile et se rendent majoritairement aux urgences par leurs propres

moyens. Ils sont moins souvent transportés par les sapeurs-pompier ou par une ambulance. Le recours aux urgences est plus élevé pour les nourrissons et les personnes âgées de 75 ans ou plus, avec des motifs de recours plus variés que pour les autres classes d'âges. Les lésions traumatiques constituent toujours la principale cause de venue aux urgences (36 % des patients) et sont à l'origine de sept passages sur dix pour les 10-14 ans. Après un passage aux urgences, 20 % des patients sont hospitalisés.

 Vuagnat A., 2013, « Les Urgences hospitalières, qu'en sait-on ? » dans *Le Panorama des établissements de santé - édition 2013*, Coll. Études et statistiques, DREES.

> Cash É., Cash R., Ducassé J.-L., Hault ., Matthieu F., Richard T., 2013, « Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières », *Document de travail - Série Études et recherche*, n° 125, DREES, mars.

> Boisguérin B. et Valdelièvre H., 2014, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », *Études et Résultats*, n° 889, DREES, juillet.

> Boisguérin B. Brilhault G. Ricroch L. Valdelièvre H. Vuagnat A., 2014, « Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES », dans *Le Panorama des établissements de santé - édition 2014*, Coll. Études et statistiques, DREES.

 **Enquête nationale sur les structures des urgences**

www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html

> **Données de l'enquête - data.drees**

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

> **Colloque Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières**

www.drees.sante.gouv.fr/colloque-resultats-de-l-enquete-nationale-aupres-des,11367.html

Les quatre faits marquants de l'année 2014



André Loth, administrateur général, en charge des données de santé.

L'accès aux données de santé

La stratégie nationale de santé, lancée par Marisol Touraine en 2013, prévoit une ouverture maîtrisée des données de santé. Il s'agit de créer les conditions d'un accès plus ouvert, mais aussi sécurisé, à celles-ci pour améliorer l'information des patients sur le système de santé et favoriser la recherche et l'innovation. Les recommandations de la commission open data en santé ont nourri le projet de loi sur la modernisation de notre système de santé, en discussion au Parlement en 2015.

L'ouverture des données de santé est une préoccupation ancienne des ministères sociaux. Grâce à la mise en place de l'Institut des données de santé en 2007 et à l'action de l'Assurance maladie qui a construit un grand nombre d'outils nouveaux et les a progressivement ouverts, de nombreux progrès ont été effectués depuis dix ans. Mais beaucoup restait à faire.

La commission open data en santé

Après le rapport remis en octobre 2013 à la ministre par Pierre-Louis Bras avec le concours d'André Loth sur *La gouvernance et l'utilisation des données de santé*, Marisol Touraine créait la commission sur l'ouverture des données publiques de santé pour mettre en œuvre concrètement les recommandations du rapport. Elle en confiait l'animation à Franck von Lennep, directeur de la DREES, et à Philippe Burnel, délégué à la stratégie des systèmes d'information du ministère. Cette commission, qui réunissait des producteurs de données de santé, des représentants des patients, des chercheurs, des professionnels de santé, des représentants d'établissement de santé et des industriels et qui bénéficiait de la collaboration d'ETALAB, a rendu ses conclusions en juillet 2014.

Elle recommandait de :

- > mettre en place une gouvernance et un accès sécurisé pour les données de l'Assurance maladie à des fins d'études et de recherche ;
- > mettre à disposition de tous, gratuitement et sans restriction, les données publiques de santé dès lors qu'elles sont rendues strictement anonymes.

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé reprend et complète les préconisations de la commission. Il prévoit notamment de créer un système national des données de santé et d'autoriser les traitements des données comportant un risque de ré-identification dès lors qu'ils présentent un caractère d'intérêt public et qu'ils sont effectués dans des conditions garantissant le respect de la vie privée des personnes.



data.drees rassemble, au sein de l'espace internet de la DREES, un grand nombre des données quantitatives (dans le champ de la santé et du social) produites ou traitées par la DREES, sous forme de cubes au format Beyond 20/20 ou de fichiers Excel.

Grâce aux cubes de données, l'utilisateur peut personnaliser les tableaux, tant dans leur contenu que leur présentation. Des documents et métadonnées accompagnent les données. L'utilisateur peut créer un espace personnel dans lequel il enregistrera ses tableaux, pour des réutilisations ultérieures. L'espace est régulièrement enrichi et compte, courant 2015, près de 150 cubes de données, 120 fichiers Excel et 50 autres documents. À cette date, il fait l'objet de 15 000 accès par mois.

 **Rapport de la Commission Open Data en santé, juillet 2014**
www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_commission_open_data-2.pdf

> **Rapport sur La gouvernance et l'utilisation des données de santé, Pierre-Louis BRAS (Igas) avec le concours d'André LOTH (Drees), septembre 2013**

www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-donnees-de-sante-2013.pdf

> **Séminaire « Risques de réidentification dans les bases de données de santé et moyens de s'en prémunir »**

www.drees.sante.gouv.fr/seminaire-risques-de-reidentification-dans-les-bases-de-11389.html



Le suicide

Depuis une vingtaine d'années, la prévention du suicide est une priorité nationale. Alors que la France bénéficie d'une espérance de vie élevée, son taux de suicide est parmi les plus hauts en Europe : un décès sur 50 est un suicide.

En septembre 2013, sur la préconisation du Conseil économique, social et environnemental, Marisol Touraine créait l'Observatoire national du suicide (ONS) et en confiait le secrétariat à la DREES, en partenariat avec l'Institut de veille sanitaire. Un an après sa création, l'Observatoire lui remettait un rapport. Il y recommandait d'améliorer le suivi des suicides et tentatives de suicide, de lancer des programmes de recherche multidisciplinaires et de suivre le suicide dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

Améliorer la collecte des données et la connaissance des actions de prévention efficaces

Afin de déployer des stratégies de prévention du suicide et d'en cerner les enjeux, l'ONS a recherché des voies d'amélioration de la collecte de données sur les suicides et les tentatives de suicide et a dressé un bilan des actions évaluées dans le champ de la prévention du suicide.

L'ONS dresse dans son premier rapport un état des lieux des données actuellement disponibles en France pour le suivi des suicides et des tentatives de suicide puis décrit et analyse les actions de prévention du suicide, leur mise en œuvre et leur efficacité. Ses recommandations, qui découlent de ces premières observations, feront l'objet d'un suivi dans les rapports suivants.



De Riccardis N., 2014, « Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires », *Études et Résultats*, n° 886, DREES, juillet.

Appel à projets de recherche

L'Institut de recherche en santé publique a lancé début 2015 un appel à projets sur le suicide et sa prévention. Il a bénéficié du soutien financier de la DREES, de la direction générale de la santé et de la Cnam-TS. Il se déploie selon deux axes :

> la connaissance des facteurs de risque et de protection du suicide et des mécanismes conduisant aux suicides ;

> l'évaluation de l'efficacité des actions de prévention du suicide.

Des disparités de taux de suicide selon l'âge et la catégorie sociale

En France, le taux de décès par suicide est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge, mais la part du suicide dans la mortalité générale est plus élevée chez les jeunes. Entre 15 et 24 ans, le suicide constitue ainsi la seconde cause de décès (16 % du total des décès) après les accidents de la circulation contre moins de 1 % du total des décès à partir de 75 ans.

Les sociologues ont mis en évidence de très fortes inégalités sociales face au suicide. Les agriculteurs, employés et ouvriers ont ainsi un risque de décéder par suicide deux à trois fois plus élevé que celui des cadres.

Améliorer le suivi des suicides et tentatives de suicide

Le rapport émet plusieurs recommandations : refondre le certificat de décès pour mieux appréhender ses circonstances ; permettre l'appariement de la base des causes de décès avec d'autres données pour étudier les risques médicaux ou médicamenteux, les liens avec l'activité professionnelle et l'emploi ; mieux repérer les tentatives de suicide dans les bases médico-administratives.



Le Rapport de l'ONS

www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportons2014-mel.pdf

> Le recueil numérique

www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/recueil_numerique_suicide_nouvelle_mise_a_jour_au_10_avril_2015.pdf

> L'Observatoire national du suicide

www.drees.sante.gouv.fr/l-observatoire-national-du-suicide-ons.11209.html



La protection sociale

La protection sociale dans un contexte de crise qui se prolonge

La crise économique a entraîné depuis 2008 une augmentation importante du chômage. Du fait de la dégradation du marché du travail, le nombre de bénéficiaires des minima sociaux a fortement progressé depuis cette date, notamment pour les bénéficiaires de la composante socle du RSA et ceux de l'allocation de solidarité spécifique qui s'adresse aux chômeurs en fin de droits. Les bénéficiaires des minima sociaux sont moins nombreux à sortir des dispositifs. Le taux de pauvreté a, lui, augmenté d'un point. Les familles monoparentales et les enfants ont été plus touchés par l'aggravation de la pauvreté que la moyenne. Par ailleurs, les personnes non pauvres mais aux revenus modestes sont confrontées à des conditions de vie et de logement souvent difficiles et connaissent, pour un quart d'entre elles, des trajectoires qui débouchent sur des situations de pauvreté plus durables.

Dans ce contexte, la plupart des Français interrogés dans le cadre du Baromètre d'opinion de la DREES continuent à trouver très important le rôle joué par la protection sociale et estiment que son universalité doit être préservée.

La pauvreté et l'exclusion sociale

Les conditions de vie et de logement des bénéficiaires de minima sociaux (BMS)

Depuis la crise de 2008, le nombre d'allocataires de minima sociaux, notamment ceux du RSA, a fortement augmenté. Interrogés dans l'enquête BMS, ces allocataires déclarent consentir de fortes restrictions de consommation, notamment pour l'alimentation, ou renoncer aux soins pour leur santé. Les dépenses de logement représentent un frein à l'accès ou au maintien dans un logement autonome. Un quart des bénéficiaires de minima sociaux ne vivent pas dans leur propre logement. Lorsqu'ils en disposent, celui-ci est souvent surpeuplé (20 % des cas), jugé en mauvais état ou difficile à chauffer et son environnement sensible ou dégradé.

L'évaluation du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale

Le Gouvernement a présenté début 2013 un plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale. La DREES a participé à la définition des indicateurs d'impact et de performance. Elle les collecte et les analyse dans une annexe au rapport de suivi du plan piloté par l'Igas et remis en janvier 2015 au Premier ministre.

À partir de ces indicateurs, le rapport souligne l'aggravation de la pauvreté des enfants en France, notamment ceux des familles monoparentales. L'Igas recommande, notamment pour ces familles, des actions spécifiques d'accès aux structures d'accueil collectif pour les jeunes enfants et des accompagnements renforcés vers l'emploi des parents.

 **Le rapport** www.igas.gouv.fr/spip.php?article432

 **L'ouvrage** Labarthe J. et Lelièvre M. (Dir.), Arnold C. et alii, 2014, *Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution*, Coll. Études et statistiques, DREES.

- > Lelièvre M., Reduron V. et Van Wassenhove T., 2014, « Les allocataires du RSA fin juin 2013 », *Études et Résultats*, n° 864, DREES, janvier.
- > Isel A., 2014, « Les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux en 2012 : privations et difficultés financières », *Études et Résultats*, n° 871, DREES, février.
- > Calvo M. et Legal A., 2014, « Les conditions de logement des bénéficiaires de minima sociaux en 2012 : difficultés d'accès, surpeuplement et contraintes budgétaires », *Études et Résultats*, n° 872, DREES, février.
- > Acs M., Frel-Cazenave É. et Lhommeau B., 2014, « Parents bénéficiaires de minima sociaux : concilier vie familiale et insertion professionnelle », *Études et Résultats*, n° 874, DREES, février.
- > Calvo M., 2014, « Minima sociaux : la hausse du nombre d'allocataires s'accélère en 2012 », *Études et Résultats*, n° 883, DREES, juin.
- > Coppoletta R. et Favre F., 2014, « Trente ans d'évaluation des dépenses de logement des locataires du parc social et du parc privé », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 55, DREES, juillet.
- > Gloukovietzoff G., Rebière N., « Le dispositif de microcrédit personnel garanti : une nouvelle forme de solidarité pour lutter efficacement contre la pauvreté et l'exclusion sociale ? », *Revue française des affaires sociales*, 2014, n° 1-2, [p. 100-119].

La déclinaison territoriale du Plan

Ce plan national a été décliné en indicateurs locaux pour chacun des thèmes : santé ; famille et enfance ; inclusion bancaire et surendettement ; gouvernance des politiques de solidarité ; accès aux droits ; accès au travail et logement. La DREES a piloté un groupe de travail avec l'Insee qui a réuni des responsables de l'observation sociale dans plusieurs directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et de l'Insee. Le tableau de bord produit par ce groupe s'appuie largement sur les indicateurs sociaux départementaux (ISD).

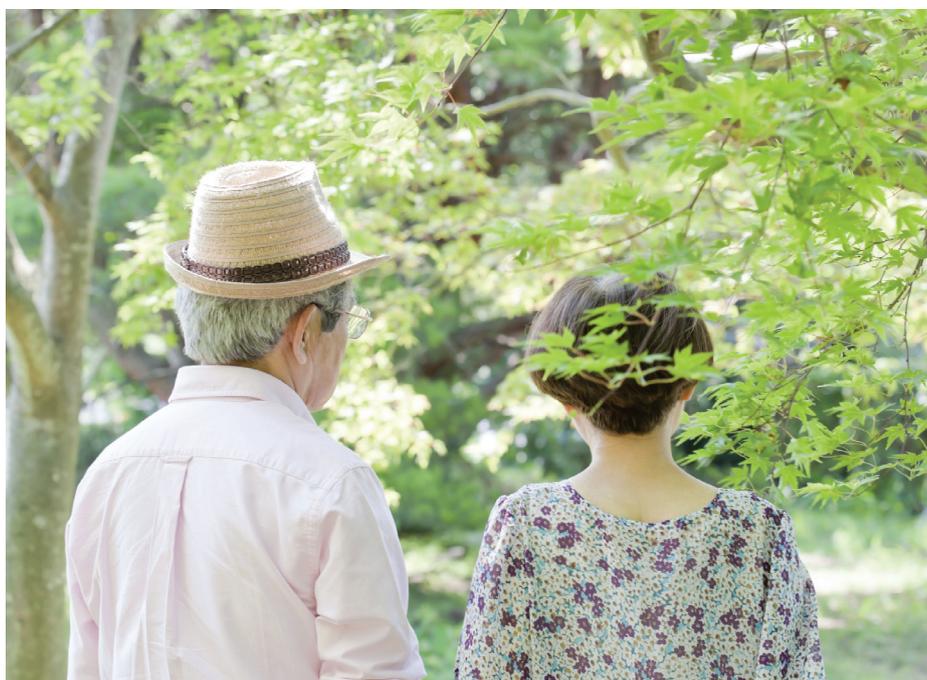
 **Le rapport** www.drees.sante.gouv.fr/rapport-du-groupe-de-travail-drees-insee-drjcs-sur-les,11364.html

Les Indicateurs sociaux départementaux www.drees.sante.gouv.fr/les-indicateurs-sociaux-departementaux,8626.html

Le rendez-vous des droits élargi : une expérimentation contre le non-recours aux prestations sociales

Au sein du programme européen « Progress », la DREES et ses partenaires, la direction de la sécurité sociale, la direction générale de la cohésion sociale, la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf), Pôle emploi et l'École d'économie de Paris, vont élargir les « Rendez-vous des droits » de la Cnaf aux demandeurs d'emploi à faibles ressources. Des personnes de cette population seront contactées pour être informées des aides dont elles peuvent bénéficier et s'assurer qu'elles y recourent. Une évaluation de ce dispositif sera faite en comparant la situation de la population approchée à celle des autres personnes qui n'ont pas fait l'objet du rendez-vous.

Les retraités et les retraites



à la retraite acquis dans l'ensemble des régimes par un échantillon de personnes de différentes générations. Fondé sur l'EIC, le modèle de microsimulation TRAJECTOIRE (voir page 22) permet de simuler des carrières pour l'ensemble des générations et ainsi d'évaluer les effets à venir des réformes des retraites. Articulant les enquêtes annuelles et l'EIR, le modèle ANCETRE permet d'estimer annuellement le nombre de retraités tous régimes, le montant moyen des pensions, les effectifs de nouveaux retraités.

Outils et enquêtes

www.drees.sante.gouv.fr/retraites,1256.html

 **L'ouvrage** Solard G. (Dir.), Duc C. (Coord.), Barthélémy N. et alii, 2014, *Les Retraités et les Retraites*, Coll. Études et statistiques, DREES.

Les retraites modestes

D'après l'enquête de la DREES auprès des bénéficiaires des minima sociaux, les 573 000 personnes percevant le minimum vieillesse fin 2011 ont eu un parcours professionnel souvent marqué par l'inactivité et le chômage, des problèmes de santé, d'invalidité ou de handicap. La majorité des allocataires vivent seuls, notamment les femmes. S'ils sont souvent locataires, 20 % d'entre eux sont hébergés par un tiers. En situation financière généralement difficile, ils subissent de nombreuses privations. La moitié d'entre eux s'estime en mauvaise santé et un cinquième se sent isolé.

Un système d'observation très complet

Pour analyser les retraites, administrées en France par 70 caisses de retraite, la DREES gère trois dispositifs. L'enquête annuelle auprès des caisses porte sur les effectifs de retraités et les pensions versées. La DREES recueille par ailleurs tous les quatre ans auprès des caisses, de façon anonyme, les caractéristiques individuelles d'un échantillon interrégimes de retraités (EIR) qui permet de reconstituer, pour chacun d'entre eux, la pension perçue auprès de chaque caisse et le montant global (notamment pour le tiers des retraités poly-pensionnés). L'échantillon interrégimes de cotisants (EIC) suit tous les quatre ans les droits

- > Duc C., Lequien L., Housset F. et Plouhinec C., 2013, « Le modèle de microsimulation TRAJECTOIRE », *Document de travail - Série Sources et méthodes*, n° 40, DREES, mai.
- > Arnold C. et Barthélémy N., 2014, « Les allocataires du minimum vieillesse : parcours et conditions de vie », *Études et Résultats*, n° 863, DREES, janvier.
- > Chantel C. et Plouhinec C., 2014, « La réforme du minimum contributif applicable en 2012 », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 54, DREES, avril.
- > Bonnet C., Bontout O., Lecourt A.-J., 2014, « Une décomposition des différences de niveaux de vie des actifs et des retraités en Europe », *Document de travail - Série Études et recherche*, n° 130, DREES, juillet.

Préparer sa retraite

Une personne sur cinq dispose d'un produit d'épargne financière en prévision de sa retraite, une proportion qui augmente jusqu'à 60 ans environ. L'assurance-vie est le placement préféré des ménages, devant les produits de retraite supplémentaire. Ils consacrent à ces derniers des montants plus faibles (15 000 € en moyenne pour ceux qui en détiennent) que pour l'assurance-vie (44 000 €) ou les valeurs mobilières (58 000 €).

- > Laborde C., 2014, « Prévoir sa retraite : une personne sur cinq épargne », *Études et Résultats*, n° 880, DREES, avril.



La question de la prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance est une préoccupation majeure, qu'il s'agisse du maintien à domicile ou de la prise en charge en établissement.

Le maintien à domicile des bénéficiaires de l'APA

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est versée fin 2011 à 696 000 personnes âgées de 60 ans ou plus dépendantes et résidant à domicile, un nombre qui a augmenté de 10 % en quatre ans. Pour les trois quarts d'entre elles, il s'agit de femmes. 66 % des personnes ne vivent pas en couple : c'est le cas de 75 % des femmes contre 40 % des hommes, du fait principalement de leur espérance de vie supérieure. La moitié des bénéficiaires de l'APA à domicile ont des ressources mensuelles inférieures à 1 085 euros. Les bénéficiaires les plus dépendants ont les plans d'aide les plus élevés.

L'accueil en EHPA

Selon l'enquête quadriennale auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), la capacité d'accueil en institutions a augmenté de 5 % de 2007 à 2011 et leur taux d'encadrement (nombre d'emplois pour 100 places) a progressé de 4 points durant la même période. Les femmes représentent toujours les trois quarts des effectifs accueillis. L'âge moyen des résidents est de 85 ans et il a augmenté de 10 mois en quatre ans. Les résidents sont plus dépendants qu'en 2007 et 22 % souffrent de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Le sud de la France et la petite couronne parisienne sont les régions les moins bien équipées en places pour personnes âgées dépendantes tandis que les taux d'équipement des Pays de la Loire et de l'Auvergne sont les plus élevés.

L'autonomie des personnes âgées

Les enquêtes

Outre l'enquête CARE (voir page 4), la DREES conduit les opérations de collecte suivantes.

- > Tous les quatre ans, l'enquête EHPA fournit des informations sur les caractéristiques des établissements, leur personnel et les personnes âgées accueillies, notamment sur leur niveau de dépendance, leur pathologie et leur morbidité. Elle couvre les maisons de retraite, les logements-foyers et les unités de soins de longue durée des hôpitaux.
- > Tous les ans, les conseils départementaux transmettent à la DREES des données agrégées sur les dépenses et les bénéficiaires de l'APA et de l'aide sociale à l'hébergement (ASH).
- > En 2008 et 2012, la DREES a recueilli auprès des conseils départementaux volontaires des données individuelles anonymisées sur les bénéficiaires de l'APA et de l'ASH. Soixante-six départements ont participé à l'opération en 2012.

Les enquêtes

> **Auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)**

www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour,6504.html

> **Auprès des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées**

www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-aupres-des-residents-des-etablissements-d,6503.html

> **Sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)**

www.drees.sante.gouv.fr/les-enquetes-sur-l-allocation-personnalisee-d-autonomie-apa,6586.html

 Bérardier M., 2014, « Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011 », *Études et Résultats*, n° 876, DREES, février.

> Volant S., 2014, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, n° 877, DREES, février.

> Ramos-Gorand M. et Volant S., 2014, « Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011 », *Études et Résultats*, n° 891, DREES, septembre.

> Volant S., 2014, « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, n° 899, DREES, décembre.

> Grobon S., 2014, « Les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche parent dépendant », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 57, DREES, décembre.



Les jeunes enfants

L'enquête modes de garde : premiers résultats

Comment dresser un panorama des solutions adoptées par les parents pour la garde de leurs enfants ? L'enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants réalisée par la DREES en partenariat avec la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) interroge en face à face 6 700 ménages de France métropolitaine ayant un enfant de moins de 6 ans. Elle montre que six enfants sur dix de moins de 3 ans sont gardés, la majeure partie du temps, par leurs parents au cours d'une semaine habituelle, du lundi au vendredi de 8 heures à 19 heures. Dans près de la moitié des cas, l'enfant est aussi confié à une assistante maternelle le plus souvent, à un établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) ou encore aux grands-parents. À défaut, la garde principale est assurée par une assistante maternelle (19 %) ou en EAJE (13 %). Les enfants de 3 à 5 ans scolarisés la majeure partie de la journée restent le plus souvent avec leurs parents en dehors de l'école : le mercredi (70 %) et les autres jours de la semaine le soir entre 16 heures 30 et 19 heures (81 %).

 Borderies F., 2014, « L'offre d'accueil des enfants de moins de 3 ans en 2012 », *Études et Résultats*, n° 892, DREES, septembre.

> Villaume S. et Legendre É., 2014, « Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants en 2013 », *Études et Résultats*, n° 896, DREES, octobre.

Les jeunes adultes

L'autonomie résidentielle

Grâce à l'enquête statistique sur les ressources et conditions de vie de l'Insee, la DREES a pu observer que, parmi les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans, quatre sur dix ne vivent pas habituellement chez leurs parents. Ces jeunes adultes sont plus âgés, plus diplômés et donc mieux insérés dans le marché du travail que l'ensemble des jeunes de ces âges. 84 % de ces jeunes dits « non cohabitants » ont perçu des revenus du travail. Ils connaissent deux fois plus des situations de pauvreté monétaire que l'ensemble des adultes actifs, mais n'expriment pas plus souvent que ces derniers des difficultés à boucler leur fin de mois et conviennent du caractère transitoire de ces situations. Ces difficultés portent surtout sur les retards de paiement de factures et les conditions de logement. Les jeunes hommes sont moins nombreux à quitter le foyer parental (45 %) que les jeunes femmes (64 %).

Le séminaire sur les ressources et conditions de vie

Sous la présidence d'Olivier Galland, ce séminaire organisé par la DREES a présenté des travaux sur les processus d'entrée dans la vie adulte des jeunes et d'accès à l'indépendance. En particulier, la nouvelle enquête nationale sur les ressources des jeunes menée fin 2014 auprès de jeunes de 18 à 24 ans et de leurs aidants va permettre, pour la première fois, d'observer les revenus et la pauvreté de cette population peu étudiée par la statistique publique.

Les premiers résultats de l'enquête qualitative de la DREES réalisée par le Credoc ont mis en évidence le rôle des parents, de l'État et du travail dans le processus d'autonomisation des jeunes.

Les actes du séminaire www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dss59.pdf



Lhommeau B., 2014, « Quand les jeunes n'habitent pas chez leurs parents : revenus et niveau de vie », *Études et Résultats*, n° 867, DREES, février.

> Portela M., de Saint Pol T., Albérola É., 2014, « Ressources et parcours vers l'indépendance des jeunes adultes en France », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 51, DREES, février.

> Portela M. et Dezenaire F., 2014, « Quitter le foyer familial : les jeunes adultes confrontés à la crise économique », *Études et Résultats*, n° 887, DREES, juillet.

> Papuchon A., 2014, « Les transferts familiaux vers les jeunes adultes en temps de crise : le charme discret de l'injustice distributive », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, [p. 120-143].

Les professions du social et médico-social

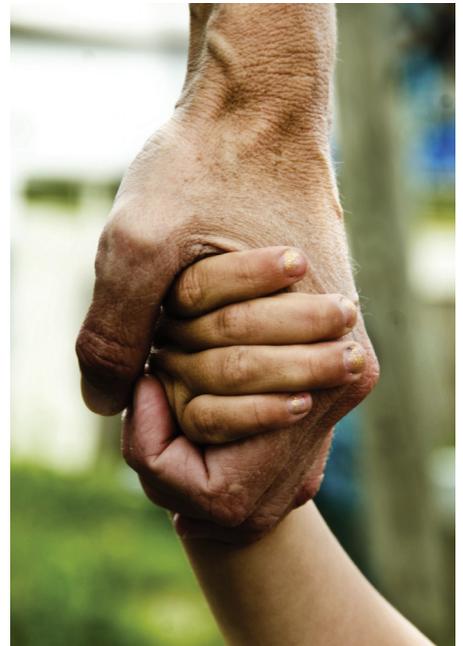
Les travailleurs sociaux en France

Les travailleurs sociaux exercent dans plusieurs secteurs d'activité. Afin de les recenser, la DREES a utilisé des bases de données administratives et ses enquêtes auprès des établissements sanitaires ou sociaux. Sur 1,2 million de travailleurs sociaux, 40 % sont employés par des particuliers : assistantes maternelles, gardes d'enfants à domicile, aides à domicile.

La prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue le principal pôle d'emploi des travailleurs sociaux. Viennent ensuite le secteur du handicap, l'accueil des jeunes enfants et la prise en charge des personnes en difficulté sociale.

Les salaires

L'exploitation conjointe des déclarations annuelles des données sociales (DADS) et le système d'information sur les agents des services publics (SIASP) a mis en évidence la variabilité des salaires des travailleurs sociaux selon les secteurs. Ainsi ceux qui emploient les personnes les plus qualifiées, comme les établissements accueillant les enfants handicapés ou les enfants en difficulté, ont des salaires plus élevés. Les salaires les plus bas sont ceux du secteur de l'aide à domicile, dont les personnels sont les moins qualifiés. Les salaires des hommes sont plus élevés que ceux des femmes, même à responsabilité et ancienneté identiques.



 Nahon S., 2014, « Les salaires dans le secteur social et médico-social en 2011. Une comparaison entre les secteurs privé et public », *Études et Résultats*, n° 879, DREES, mars.

> Marquier R. 2014, « 1,2 million de travailleurs sociaux en 2011 », *Études et Résultats*, n° 893, DREES, septembre.

Les enquêtes

> www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-annuelle-sur-les-ecoles-de-formation-aux,6566.html

> www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-annuelle-sur-les-ecoles-de-formation-aux,6552.html

La politique sociale des collectivités locales

L'action sociale des communes

Afin de préparer une enquête quantitative auprès des communes et intercommunalités sur l'action sociale, la DREES a mené une enquête qualitative auprès d'élus et de services communaux qui met en évidence les nombreux partenariats qui sous-tendent l'action sociale.

 Havette S., Molière É., Moriceau C., 2014, « L'action sociale facultative des communes et des intercommunalités », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 56, DREES, Septembre.

Les dépenses sociales des départements

Les conseils départementaux consacrent 32,6 milliards d'euros à l'aide sociale. La DREES, grâce à son enquête Aide sociale, mesure les quatre grands postes de dépenses et leur évolution. Le revenu de solidarité active (RSA), les contrats uniques d'insertion et anciens dispositifs du revenu minimum d'insertion représentent 28 % des dépenses. L'aide sociale aux personnes âgées et l'aide

sociale à l'enfance en représentent chacune un quart, l'aide sociale aux personnes handicapées, 22 %.

 Amar É., 2014, « Les dépenses d'aide sociale départementale en 2012 », *Études et Résultats*, n° 870, DREES, février.

 **L'enquête** www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-aide-sociale-aupres-des-conseils-departementaux,6508.html

Les indicateurs sociaux départementaux

Les ISD sont le fruit d'une collaboration entre la DREES, l'Insee, l'Assemblée des départements de France et l'Observatoire national de l'action sociale (Odas). Ils dressent un tableau de bord des politiques sociales des départements (enfance en danger, handicap, insertion sociale, personnes âgées), replacé dans le contexte territorial.

 **Les ISD** www.drees.sante.gouv.fr/les-indicateurs-sociaux-departementaux,8626.html

Les Comptes de la protection sociale

La DREES publie chaque année les Comptes de la protection sociale, l'un des comptes satellites des Comptes nationaux. Ces comptes décrivent l'ensemble des dépenses sociales (695 milliards d'euros en 2012, soit presque un tiers du PIB, données publiées en 2014), principalement constituées par les prestations de vieillesse-survie (298 Mds €), maladie-invalidité-accidents du travail (226 Mds €), famille-maternité (56 Mds €), emploi (40 Mds €), logement (17 Mds €), pauvreté-exclusion sociale (16 Mds €), et les ressources qui permettent de les financer, notamment les cotisations sociales, les impôts et taxes affectés (CSG, CRDS...) et les contributions publiques. Ils fournissent une ventilation de ces dépenses et des recettes par régimes y concourant. Ils servent de base à l'élaboration des comptes du Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS) et permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales.

Le rôle des organismes d'assurance sur le champ des risques sociaux

Grâce aux données de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et à ses propres données sur les retraites, la DREES montre que les sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance ont collecté 213 milliards de primes en 2012 dont 71 milliards sur le champ des risques sociaux, notamment au titre de garanties santé, autres dommages corporels (incapacité, invalidité, dépendance), retraite, préretraite et indemnités de fin de carrière, et décès. Elles ont versé 47 milliards d'euros de prestations sur le champ des risques sociaux hors contrats emprunteurs. Les sociétés d'assurance représentent 54 % du marché des risques sociaux en termes de primes collectées, devant les mutuelles (29 %) et les institutions de prévoyance (17 %). Les mutuelles sont l'acteur principal sur le marché des garanties santé. Les assurances couvrent surtout les risques retraite et décès, mais il s'agit d'une faible part de leur activité, loin derrière l'assurance-vie et l'assurance des biens.

Le compte de la dépendance

En 2011, les dépenses publiques de prise en charge de la perte d'autonomie ont atteint 21,1 milliards d'euros, soit 1 point de PIB. Les dépenses à la charge des ménages sont estimées à 7,2 milliards d'euros en 2011, surtout au titre de l'hébergement. La prise en charge de la dépendance représente donc 28,3 milliards d'euros. Un peu plus de la moitié est consacrée à la prise en charge des personnes les plus fortement dépendantes (celles en GIR 1 et 2) qui représentent 3 % de la population des 60 ans et plus.

À l'horizon 2060, la prise en charge publique de la perte d'autonomie s'élèverait, dans le scénario intermédiaire étudié par la DREES pour le Haut conseil du financement de la protection sociale, à 35 milliards d'euros en valeur équivalente de 2011, soit 1,8 point de PIB.

Stratégie nationale de croissance et protection sociale

Lors du séminaire co-organisé par la DREES, le CEPREMAP et Sciences Po (CEE et LIEPP), des experts se sont interrogés sur le rôle dévolu à la protection sociale dans les stratégies nationales de croissance notamment en Allemagne et en France. Ce séminaire a permis de repenser les relations entre la protection sociale et son financement, le marché du travail, le système de formation, les inégalités de revenu et son apport à l'économie et à la création d'emploi.



www.sciencespo.fr/liepp/fr/content/modeles-nationaux-de-croissance-et-protection-sociale

L'opinion des Français sur le financement de la protection sociale

Interrogés pour le baromètre d'opinion de la DREES sur la santé, la protection sociale et les inégalités, 64 % des Français, inquiets de la montée des inégalités, jugent normal de consacrer un tiers du revenu national au financement du système de protection sociale. Une part croissante d'entre eux souhaitent que les entreprises ne cotisent ni plus ni moins qu'actuellement. Ils restent très attachés au système public et universel d'assurance maladie qui devrait bénéficier à tous sans distinction.



www.drees.sante.gouv.fr/barometre-d-opinion-de-la-drees-rapports-de-la-drees-de-bva,5746.html



L'ouvrage Zaidman C. et Roussel R. (Dir.), Solard J. et Mikou M. (Coord.), Barnouin T. et alii, 2014, *La protection sociale en France et en Europe en 2012*, Coll. Études et statistiques, DREES.

> Renoux A., Roussel R., Zaidman C., 2014, « Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060 », *Dossiers Solidarité Santé*, n° 50, DREES, février .

> Mikou M. et Barnouin T., 2014, « Les comptes de la protection sociale en France et en Europe en 2012 », *Études et Résultats*, n° 888, DREES, juillet.



La santé

Le système de santé face aux enjeux liés à l'évolution de l'état de santé de la population

La Stratégie nationale de santé lancée par Marisol Touraine en septembre 2013 vise à réduire les inégalités de santé et à renforcer la qualité et la performance du système de santé grâce à la prévention, l'organisation des parcours de soins et l'information et les droits des patients. Dans ce cadre, la DREES a défini, avec la direction générale de la santé et le Haut Conseil de santé publique, les indicateurs relatifs à l'état de santé de la population, aux inégalités de santé et au suivi de la stratégie.

Elle s'est fortement impliquée dans les réflexions pour le développement de l'évaluation médico-économique dans la décision publique et a organisé un séminaire sur cette question. Elle a piloté les travaux visant à faciliter l'accès des parties prenantes (organismes publics, chercheurs, laboratoires) aux données de santé tout en veillant au respect de la vie privée des patients et à celui du secret professionnel des acteurs de la santé.

Elle s'est attachée à développer les analyses fondées sur les parcours de soins des patients en animant notamment les travaux au sein du ministère.

Cette stratégie a conforté le système d'observation de la santé mis en place par la DREES et ses travaux d'études pour éclairer l'état de santé de la population en France, les inégalités de santé ou d'accès aux soins, l'activité des hôpitaux et cliniques, les conditions de travail et de revenu des professionnels de santé, les dépenses de santé et leur financement.

L'état de santé de la population

Un état de santé globalement bon

Pour sa sixième édition, la DREES publie début 2015 un rapport, rédigé avec l'ensemble des producteurs de données, sur l'état de santé de la population en France. Plus de 200 indicateurs conjuguent diverses approches, par population, par déterminants et par pathologies. Au regard des grands indicateurs de mortalité, espérance de vie à la naissance ou à 65 ans, mortalité cardio-vasculaire, l'état de santé en France se révèle globalement bon comparé aux autres pays développés. Les Français vivent plus longtemps, même s'ils souffrent davantage de pathologies chroniques et d'incapacités fonctionnelles, conséquences du vieillissement de la population. Mais ce bon diagnostic est à nuancer par l'existence de disparités persistantes, notamment entre les femmes et les hommes, entre les régions et entre catégories sociales. Les indicateurs sont en accès libre sur le site de la DREES.

 **Le rapport** Prost T. et Rey S. (Coord.), 2015, *L'état de santé de la population en France*, DREES, janvier. www.drees.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015,11406.html

La santé maternelle et périnatale

Les fermetures et réorganisations des maternités amorcées dans les années 1970 ont eu pour principal effet une concentration importante des naissances dans les grandes maternités publiques. L'enquête nationale périnatale de la DREES permet d'établir que plus d'une femme sur deux dont la grossesse est à bas risque (52 %) a eu au moins une intervention obstétricale (travail déclenché, césarienne, extraction instrumentale, épisiotomie) en 2010 ; cette proportion n'est pas plus forte dans les grandes maternités.

La connaissance des IVG

Près de 220 000 femmes en France ont chaque année recours à l'IVG, un nombre relativement stable depuis 10 ans. Dans le cadre du programme d'action pour améliorer l'accès à l'IVG, Marisol Touraine a créé une commission pour établir un bilan partagé du système de connaissances relatif à l'IVG et émettre des recommandations pour l'améliorer. Pilotée par la DREES, cette commission réunit les principaux producteurs de données, les professionnels de terrain et les associations spécialisées.

Les enquêtes de santé

La DREES a développé un système d'observation complet, composé d'une enquête généraliste sur l'état de santé de la population et d'opérations plus ciblées : exploitation des certificats de santé des enfants, enquêtes santé des enfants scolarisés, périnatalité, santé et itinéraire professionnel (en partenariat avec la Dares), CARE (auprès des seniors) et handicap.

 **Les événements indésirables liés aux soins** www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies,6507.html

> **Santé et itinéraire professionnel (SIP)** www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-sante-et-itineraire-professionnel-sip,4256.html

> **La santé des enfants et adolescents scolarisés** www.drees.sante.gouv.fr/le-cycle-triennal-d-enquetes-sur-la-sante-des-enfants-et,6571.html

> **Les certificats de santé aux 8^e jour, 9^e mois et 24^e mois** www.drees.sante.gouv.fr/les-certificats-de-sante-aux-8e-jour-9e-mois-et-24e-mois,7333.html

> **L'enquête nationale périnatale** www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-nationale-perinatale,7214.html

> **L'enquête auprès des structures et des praticiens réalisant des interruptions volontaires de grossesse (IVG)** www.drees.sante.gouv.fr/l-enquete-aupres-des-structures-et-des-praticiens-realisant,6607.html

> **Les bulletins statistiques d'interruptions volontaires de grossesse (IVG)** www.drees.sante.gouv.fr/les-bulletins-statistiques-d-interruptions-volontaires-de,6570.html

La prévalence de l'obésité chez les enfants

Grâce à son enquête de santé scolaire réalisée en partenariat avec l'Éducation nationale, la DREES a mis en évidence que 18 % des enfants en classe de 3^e sont en surcharge pondérale dont 4 % en situation d'obésité. Ce phénomène est stable depuis cinq ans. Des améliorations sont enregistrées pour l'hygiène bucco-dentaire et la couverture vaccinale.

 Oberlin P., Mouquet M.-C., 2014, « La longue diminution des appendicectomies en France », *Études et Résultats*, n° 868, DREES, février.

> Buyck J.-F., Casteran-Sacreste B., Cavillon M., Lelièvre M., Tuffreau F., Mikol F., 2014, « La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile », *Études et Résultats*, n° 869, DREES, février.

> Vilain A., avec la collaboration de Mouquet M.-C., 2014, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2012 », *Études et Résultats*, n° 884, DREES, juin.

> Coulm B., Blondel B. avec la collaboration de Vilain A. et Rey S., 2014, « Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010 », *Études et Résultats*, n° 897, DREES, décembre.

> Mouquet M.-C. et Rey S., 2014, « Le nouveau suivi de la mortalité en France depuis 2012 », *Études et Résultats*, n° 901, DREES, décembre.

Des enjeux sociaux et territoriaux

Les inégalités de santé

Pour observer la dimension sociale des inégalités de santé, particulièrement marquées en France, la DREES a publié, avec la direction générale de la santé, un rapport décrivant les indicateurs de suivi de l'état de santé, sur lesquels l'ouvrage 2015 *L'état de santé de la population en France* a été bâti. Ces indicateurs montrent : que l'état de santé est étroitement lié à la position sociale et au niveau d'études ; que les populations les plus défavorisées cumulent le plus souvent les expositions aux différents risques, professionnels ou non, et que leurs comportements sont moins favorables à la santé (prévention, nutrition et activité physique notamment). Ces inégalités sociales s'inscrivent avant même la naissance et se maintiennent à tous les âges de la vie. Ainsi l'enquête de santé scolaire montre que les progrès en matière de santé bucco-dentaire ou dans la lutte contre l'obésité n'ont pas permis une réduction des inégalités entre groupes sociaux. À l'âge adulte, les cadres et professions intermédiaires présentent les prévalences d'obésité les moins élevées et, d'après enquête santé et itinéraire professionnel, ils se déclarent plus fréquemment (90 %) en bonne ou très bonne santé que les ouvriers et les employés (80 %). Ces derniers déclarent moins souvent des problèmes de vue, mais restent plus souvent avec des troubles non corrigés.

Les disparités sociales se traduisent également par une mortalité plus élevée des ouvriers par rapport aux cadres.

 Chardon O., Guignon N., Guthmann J.-P. et Fonteneau L., Delmas M.-C., 2014, « La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième », *Études et Résultats*, n° 865, DREES, février.

> DREES - DGS, 2014, « Indicateurs de suivi de l'état de santé de la population : Révision 2013 - Rapport final », *Document de travail - Série Sources et méthodes*, n° 44, DREES, mai.

> Calvet L., avec la collaboration de Delance P., Dufaure C., Laliman V., Quevat B., 2014, « Troubles de la vision : sept adultes sur dix portent des lunettes », *Études et Résultats*, n° 881, DREES, juin.

> Barnay T. et Defebvre É., 2014, « Troubles mentaux : quelles conséquences sur le maintien dans l'emploi ? », *Études et Résultats*, n° 885, DREES, juillet.

> Barnay T. et De Riccardis N., 2014, « Inégalités de santé : influence du groupe social sur la dégradation de la santé perçue », *Études et Résultats*, n° 898, DREES, décembre.

 **Recueil d'indicateurs régionaux Offre de soins et état de santé, édition 2014**

www.drees.sante.gouv.fr/recueil-d-indicateurs-regionaux-offre-de-soins-et-etat-de-11339.html



> **STATISS : STAtistiques et Indicateurs de la Santé et du Social**

www.drees.sante.gouv.fr/statiss-statistiques-et-indicateurs-de-la-sante-et-du-10328.html

Création de la Cellule d'appui à l'évaluation et aux études régionales

Cette cellule, créée par la DREES en 2014, apporte aux agences régionales de santé (ARS) et aux directions d'administration centrale du ministère un appui méthodologique pour l'utilisation des données médico-administratives issues des systèmes d'information hospitalier (PMSI) et de l'assurance maladie (SNIIRAM), pour le recueil de données et pour l'évaluation médico-économique des politiques dont elles ont la charge. Elle soutient les ARS pour décliner au niveau régional des études réalisées au niveau national, notamment sur les parcours de soins. Elle participe également aux travaux d'évaluation de projets pilotés par le ministère, notamment dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

L'assurance maladie et le recours aux soins

L'accès aux soins médicaux

Pour mesurer l'adéquation entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon local, la DREES et l'IRDES ont développé l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) qui vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès au plus proche, densité par bassin de vie ou département...). Il mobilise pour cela les données de l'assurance-maladie (SNIIR-AM) ainsi que les données de population de l'Insee.

L'APL, calculée à l'échelle communale, considère l'offre et la demande issue des communes environnantes et met en évidence des disparités d'offre de soins.

L'APL tient compte, du côté de l'offre, du niveau d'activité des professionnels en exercice et, du côté de la demande, de la structure par âge de la population de chaque commune qui a une incidence sur les besoins de soins.

 www.drees.sante.gouv.fr/donnees-sur-l-indicateur-d-accessibilite-potentielle,11366.html

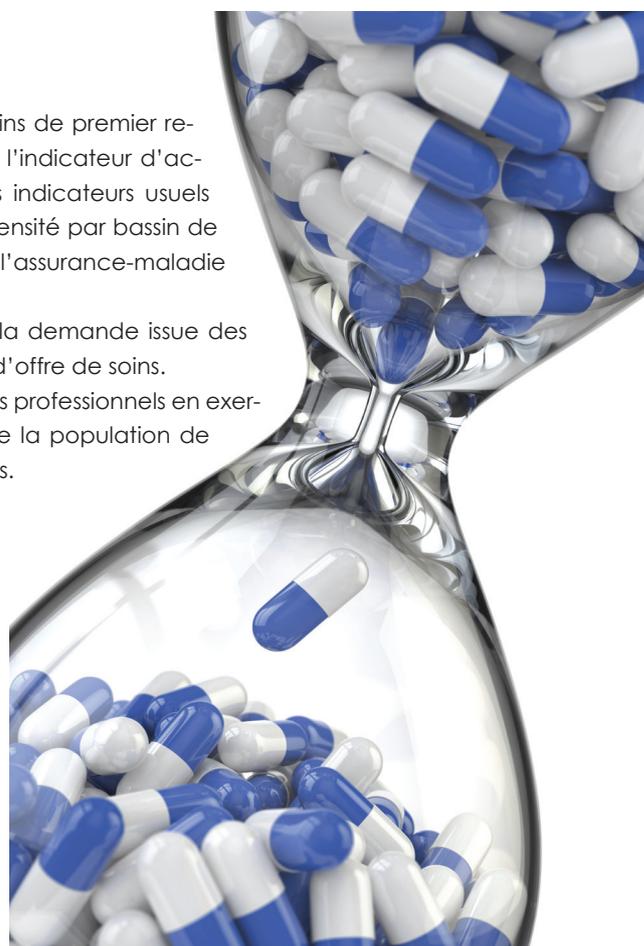
Renoncement aux soins

Près de 26 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières lors des douze derniers mois : 18 % des renoncements concernent la santé bucco-dentaire, 10 % les soins d'optique et 5 % les soins de médecins. Ces données proviennent de l'enquête Santé protection sociale de l'IRDES menée en 2012.

Ce renoncement est aggravé pour les personnes aux revenus modestes. L'enquête de la DREES auprès des bénéficiaires des minima sociaux a montré que les bénéficiaires du RSA sont moins nombreux à se percevoir en bonne santé que le reste de la population : moins de 60 % se déclarent en bonne ou très bonne santé contre 80 % de l'ensemble des 18-59 ans. Alors que leurs besoins en santé sont plus importants, ils déclarent renoncer plus souvent à consulter un médecin ou un dentiste pour des raisons financières : 18 % disent avoir renoncé à une consultation médicale au cours de l'année écoulée et 27 % à des soins dentaires, contre respectivement 4 % et 11 % des 18-59 ans.

 www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf [p. 80].

 Moisy M., 2014, « État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA », *Études et Résultats*, n° 882, DREES, juin.



Les arrêts maladie

Grâce à l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE 2009) réalisée par l'IRDES et qui recueille à la fois le niveau de couverture auprès des employeurs et les comportements des salariés, la DREES a évalué, chez les salariés du secteur privé ayant plus de 5 ans d'ancienneté, l'efficacité du délai de carence comme incitation financière de régulation des arrêts maladie. Elle montre que la prise en charge du délai de carence n'a pas d'effet significatif sur la probabilité d'avoir un arrêt dans l'année, mais réduit la durée totale des arrêts.

 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.

Les établissements de santé

Les conditions de travail

Les conditions de travail dans les établissements de santé sont assujetties à des exigences particulières : rythme de travail soutenu, exposition à des produits dangereux, tensions avec le public et confrontation à la souffrance des patients. Les enquêtes de la Dares sur les conditions de travail, dont la DREES cofinance un sur-échantillon dans le milieu hospitalier (public et privé), montrent toutefois depuis une décennie une diminution des contraintes de rythme de travail, mais une augmentation de celles liées à l'informatisation croissante.

Grâce à l'enquête 2013, la DREES a étudié les risques psychosociaux auxquels les professionnels du secteur hospitalier sont plus souvent exposés que l'ensemble des salariés. Les infirmiers et sages-femmes semblent ressentir, plus que leurs collègues, un mal-être au travail dû à un rythme intense et à une charge émotionnelle élevée.

Efficience des établissements

À partir de 2004, la « tarification à l'activité » (T2A) a remplacé le financement des hôpitaux de court séjour par la dotation globale pour inciter les établissements à davantage d'efficience. La DREES a examiné, pour la période 2005-2008, les effets de cette réforme en s'appuyant sur la montée en charge différenciée de la réforme entre hôpitaux publics et cliniques privées. Le niveau de l'activité chirurgicale des hôpitaux publics a augmenté grâce aux incitations introduites par la réforme, notamment pour les établissements publics les plus exposés à la concurrence des cliniques privées.

La DREES a montré que cette réforme ne s'est pas traduite par une diminution de la qualité des soins, appréhendée par le taux de réadmission à trente jours en chirurgie. S'appuyant sur les données nationales du Programme de médicalisation des systèmes d'information entre 2002 et 2012,

elle a établi que l'augmentation de la fréquence de réadmission au niveau global ne s'explique pas par la mise en place de la T2A mais notamment par le vieillissement de la population, l'augmentation des polyopathologies qui y sont liées, et l'évolution des techniques chirurgicales.

Statistique annuelle des établissements SAE

REFONTE DE L'ENQUETE EN 2014
pour la collecte des données 2013

La refonte réussie de la SAE

La Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE) est une enquête historique de la DREES qui renseigne annuellement sur les capacités (lits, places), l'activité (nombre de séjours), les équipements et les personnels de tous les hôpitaux et cliniques. La refonte de la SAE supprime les questions sur l'activité et récupère les données du programme de médicalisation des systèmes d'information collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Elle a allégé d'un quart la charge de réponse des établissements. Mise en place début 2014, cette refonte a nécessité un temps d'adaptation des établissements de santé mais a bien fonctionné techniquement et a été saluée comme un progrès pour la cohérence d'ensemble du système d'information sur les établissements de santé.

 www.drees.sante.gouv.fr/la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae,6506.html

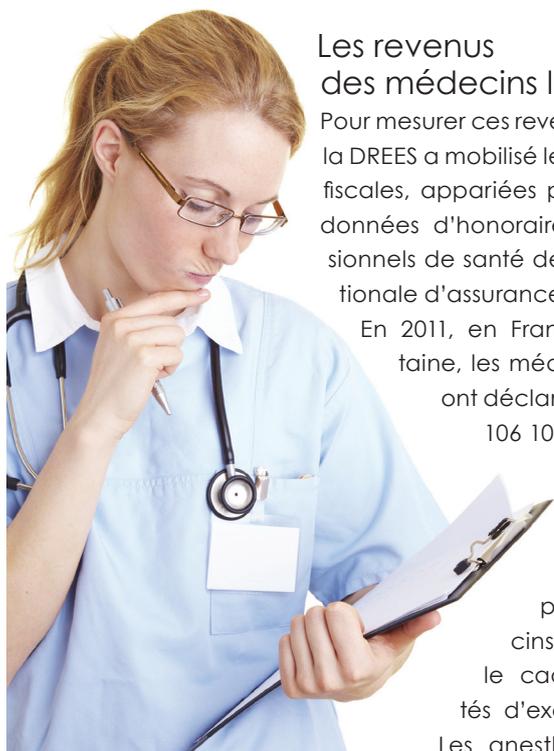
 **L'ouvrage** Boisguérin B. et Brillhault G. (Coord.), 2014, *Le panorama des établissements de santé - édition 2014*, Coll. Études et statistiques, DREES. **Voir plus en détail** > Les conditions de travail dans les établissements de santé [p. 9] ; > Tarification à l'activité et réadmission [p. 49] ; > Les salaires dans le secteur hospitalier [p. 96].

> Choné P., Evain F., Wilner L. et Yilmaz E., 2014, « Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ? », *Études et Résultats*, n° 862, DREES, janvier.

> Micheau J., Molière É., 2014, « Étude qualitative sur le thème de l'emploi du temps des infirmiers et infirmières du secteur hospitalier », *Document de travail - Série Études et recherche*, n° 132, DREES, Novembre.

 **Dares analyses** N° 49, 2014, travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2014-049.pdf

Les professionnels de santé



Les revenus des médecins libéraux

Pour mesurer ces revenus d'activité, la DREES a mobilisé les déclarations fiscales, appariées par l'Insee aux données d'honoraires des professionnels de santé de la Caisse nationale d'assurance maladie.

En 2011, en France métropolitaine, les médecins libéraux ont déclaré en moyenne 106 100 € de revenus

(honoraires, salaires et dividendes pour les médecins exerçant dans le cadre de sociétés d'exercice libéral).

Les anesthésistes et les

radiologues déclarent les revenus les plus élevés (plus de 189 000 euros en 2011), suivis des chirurgiens et des ophtalmologues (respectivement 177 000 et 160 000 €). Les pédiatres ou les psychiatres ont des revenus moindres, proches de ceux des généralistes.

Coudin E., Samson A.-L., Pla A., 2014, « Régulation des tarifs et comportements d'offre de soins des généralistes : les leçons de l'encadrement du secteur 2 » dans *Les Comptes nationaux de la santé 2013 - édition 2014*, Coll. Études et statistiques, DREES, octobre.

> Pla A., 2014, « Les revenus des professionnels de santé libéraux en 2011 » dans *Les Comptes nationaux de la santé 2013 - édition 2014*, Coll. Études et statistiques, DREES, octobre.

La démographie des professionnels de santé

Grâce au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), la DREES publie sur l'espace data.drees des données annuelles sur la démographie de quatre professions médicales : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes. Elle gère le répertoire ADELI qui recense les professionnels dits « paramédicaux » : auxiliaires médicaux, professions de la rééducation, de l'appareillage médical, professions médico-techniques et psychologues. Son exploi-

tation a permis de mesurer la forte augmentation des métiers de la rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes) depuis la fin des années 1990, portée par l'accroissement continu des inscrits en formation ainsi que celui des praticiens diplômés à l'étranger venus s'installer en France.

Bachelet M., avec la collaboration du CNG, 2014, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales », *Études et Résultats*, n° 894, DREES, octobre.

> Rochut J., 2014, « Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux », *Études et Résultats*, n° 895, DREES, octobre.

La démographie des médecins (RPPS) au 1er janvier 2014

www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,514

> La démographie des autres professions de santé (RPPS et ADELI)

www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,97

Les pratiques et conditions d'exercice des médecins généralistes

Dans sa cinquième vague du panel national de médecins généralistes libéraux, la DREES a examiné l'évolution des conditions d'exercice de la médecine générale au regard du paiement à la performance, et la coopération des médecins avec les infirmiers.

Fin 2012, la quasi-totalité des médecins déclarent adhérer à la rémunération sur objectifs de santé publique. Un tiers se déclarent favorables à la coopération avec un infirmier sur une ou plusieurs tâches. Les prescriptions seraient moins volontiers déléguées que les actes d'éducation thérapeutique ou de surveillance de la tension artérielle.

Massin S. et alii., 2014, « Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers », *Études et Résultats*, n° 873, DREES, février.

Enquête sur la formation aux professions de santé

La DREES dénombre, identifie et établit la liste des centres de formation aux professions de santé. Elle interroge chaque année ces centres sur leurs effectifs et sur les caractéristiques des étudiants ou élèves en formation. Ces résultats sont mis à jour sur l'espace data.drees.

La formation aux professionnels de santé www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,491

Les comptes de la santé

La DREES publie chaque année les Comptes nationaux de la santé, compte satellite des Comptes nationaux de l'Insee. Elle y évalue la dépense courante de santé (DCS) et sa composante la plus importante, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui recouvre les soins hospitaliers, les soins de ville (médecins, infirmiers...), les transports des malades, les médicaments et les autres biens médicaux (optique...). Elle en décrit le mode de financement.

En 2013, la DCS est évaluée à 247,7 Mds € et la CSBM à 186,7 Mds € soit 2 843 € par habitant (données provisoires publiées en 2014). Cette dernière représente 8,8 % du PIB, une part stable depuis 2009. Depuis quatre ans, la progression limitée de la CSBM, sensiblement inférieure à 3 % par an, est liée à la croissance modérée des soins hospitaliers et des soins de ville, combinée à un recul historique de la dépense de médicaments.

Le financement de la santé

La prise en charge des organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) atteint 25,7 Mds € en 2013, soit 13,8 % de la CSBM (données provisoires).

Après prise en compte des remboursements de la sécurité sociale (76 % de la CSBM), de l'État, des collectivités locales et des organismes complémentaires, la part restant à la charge des ménages est de 8,8 %, un pourcentage plus faible que dans la plupart des autres pays développés.

Le compte de la prévention

Les travaux de la DREES et de la Cnam-TS ont permis d'estimer les dépenses de prévention non institutionnelle dans les soins de ville à 8,5 Mds € (estimation partielle).

Les actions préventives des médecins représentent 2,2 Mds €. 7 % de la consommation de soins dentaires est de nature préventive. 14 % des analyses de biologie sont à visée préventive : bilans lipidiques (32 % de la prévention en biologie), dépistages de maladies infectieuses (30 %) et

identifications de groupes sanguins ou recherche d'anticorps irréguliers (27 %).

La part de la prévention est de 14 % pour les médicaments, soit 4,8 Mds € en 2012 : elle concerne notamment les traitements contre l'hypertension ou le cholestérol.

Les revenus des professionnels de santé

Les Comptes de la santé, outre les revenus des médecins libéraux présentés ci-contre, décrivent également les revenus des autres professionnels de santé exerçant en activité libérale en 2011. Ainsi les chirurgiens-dentistes déclarent en moyenne 102 700 € de revenus d'activité soit 101 180 € de revenu libéral et 1 530 € de revenus salariés. Les infirmiers libéraux déclarent 47 710 € en moyenne. S'ils ne représentent qu'un infirmier sur six, leur nombre a augmenté de 15 % depuis 2008. Les masseurs-kinésithérapeutes, qui exercent en grande majorité en libéral, déclarent 44 510 € dont 880 € de revenus salariés. Les sages femmes libérales, encore peu nombreuses, déclarent 30 000 € de revenus d'activité. Près de 4 fois sur 10, leurs revenus sont complétés par une activité salariée.

 **L'ouvrage** Zaidman C., Roussel R., Le Garrec M.-A., Bouvet M., Solard J., Mikou M., Baillot A. et alii, 2014, *Les Comptes nationaux de la santé 2013 - édition 2014*, Coll. Études et statistiques, DREES.

> Jacod O. et Zaidman C., 2014, *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé - rapport 2013*, DREES, juillet.

> Garnero M. et Le Palud V., 2014, « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2010 », *Document de travail - Série Statistiques*, n° 191, DREES, août.

> Garnero M. et Le Palud V., 2014, « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2009 », *Document de travail - Série Statistiques*, n° 190, DREES, août.

> Le Garrec M.-A. et Bouvet M., 2014, « Les Comptes nationaux de la santé en 2013 », *Études et Résultats*, n° 890, DREES, septembre.

Des outils d'évaluation performants

Le modèle INES

Développé par la DREES et l'Insee, il permet d'évaluer l'impact budgétaire et redistributif des projets de réforme de nombreux prélèvements et prestations sociales. Il est aussi utilisé pour dresser le bilan annuel de la redistribution et pour estimer le taux de non-recours à la CMU-C.

Ce modèle est fondé sur les enquêtes Revenus fiscaux et sociaux de l'Insee qui donnent, pour 90 000 ménages de France métropolitaine, de nombreuses caractéristiques sociodémographiques et le montant de leurs revenus. Il simule, sur barèmes, les différentes prestations (familiales, logement, minima sociaux) auxquelles chaque ménage a droit, et les impôts et prélèvements sociaux, qu'il doit acquitter.

Le modèle AUTONOMIX

Ce modèle, fondé sur des données individuelles de gestion de l'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), du décès... et, grâce à l'enquête EHPA, des données sur les établissements : statut public ou privé, tarifs dépendance et hébergement, etc.

La DREES peut ainsi analyser le reste-à-charge des personnes âgées dépendantes, et réaliser des projections de dépenses liées à la dépendance. Le modèle a fourni des simulations pour les réformes en cours de l'APA.

Le modèle TRAJECTOIRE

Ce modèle simule la carrière d'un échantillon d'individus et tous les éléments nécessaires au calcul d'une pension de retraite (trimestres cotisés dans chaque caisse de retraite, trimestres validés, salaires, etc.), les comportements de départ à la retraite, en fonction d'une législation dont les caractéristiques sont modifiables. Il calcule une pension de retraite tous régimes pour chaque individu.

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

Il est utilisé pour quantifier 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 ; pour apprécier le caractère redistributif de ces projets de réforme. C'est par exemple le cas pour le rapport sur « Les droits familiaux de retraite » (Fragonard B., et alii.).

L'activité internationale

La DREES participe aux travaux de l'Union européenne et de l'OCDE dans le champ des politiques de protection sociale et de santé. Elle travaille en lien avec les autres directions du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, celles d'autres ministères et le secrétariat général aux Affaires européennes. Au niveau européen, elle suit, au sein du comité de la protection sociale, les outils d'observation de la situation sociale des États (pauvreté, vieillissement), les questions de performance des systèmes de santé ou de protection sociale. Elle participe aux travaux d'Eurostat pour les statistiques de santé, et les Comptes de la protection sociale.

La DREES conduit par ailleurs des études de comparaison entre pays dans le domaine de la protection sociale ou de la santé.

Le modèle Omar-INES

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

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

Le modèle de microsimulation INES

www.drees.sante.gouv.fr/le-modele-de-microsimulation-ines,11133.html

> Duc C., Lequien L., Housset F. et Plouhinec C., 2013, « Le modèle de microsimulation TRAJECTOIRE, Document de travail - Série Sources et méthodes, n° 40, DREES, mai.

> Lecroart A., Froment O. Marbot C. et Roy D., 2013, « Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation », *Dossier Solidarité Santé*, n° 43, DREES, septembre.

> Cazenave M.-C., Duval J., Fontaine M., Stehlé J., 2014, « Redistribution : en 2013 les nouvelles mesures accroissent la fiscalité des ménages et réduisent légèrement les inégalités », dans *France Portrait Social, 2014*, Insee, novembre.

> Lardellier R., Legal R., Raynaud D., Vidal G., 2012, « Un outil pour l'étude des dépenses de santé et des restes à charge des ménages : le modèle Omar », *Économie et statistique*, Insee, n° 450, novembre.

Les missions de la DREES

La DREES est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux. Elle agit sous la triple tutelle du ministère des Finances et des Comptes publics, du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes et du ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social.

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 en retraite, baromètre de perception de la protection sociale 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 par ailleurs 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, Cnav, AcoSS).

La DREES a quasiment achevé de dématérialiser l'intégralité de ses enquêtes auprès des différentes structures grâce à son outil de collecte par internet.

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 des domaines couverts par le ministère : famille, dépendance, personnes handicapées ou en situation d'exclusion, etc.

Pour orienter ses travaux à plus long terme, la DREES anime des travaux de recherche à caractère socio-économique 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](http://data.drees.fr)), notamment sous forme d'hypercubes, ses études et

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Créée par le décret du 30 novembre 1998, la DREES a une double fonction : fournir une aide à la décision et à l'évaluation pour les ministères sociaux et éclairer la Nation sur l'état sanitaire et social du pays.

La DREES a pour mission de doter ses ministères de tutelle, les services déconcentrés ainsi que les établissements, organismes et agences gravitant dans leur orbite, d'une meilleure capacité d'observation, d'expertise et d'évaluation de leur action et de leur environnement.

Elle est également membre du service statistique public, composé de l'Insee et des services statistiques des ministères : sa vocation est de fournir aux décideurs publics, aux citoyens et aux responsables économiques et sociaux des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales.

ses analyses. Elle publie ainsi chaque année une quarantaine d'articles dans sa collection *Études et Résultats*, des dossiers plus développés dans sa collection *Dossiers Solidarité et Santé*, de six à huit ouvrages dans la collection *Études et statistiques* ainsi que des documents de travail.

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 pour étudier les questions tenant à la redistribution (modèle INES), aux restes-à-charge en santé (modèle OMAR), à l'évolution du système de retraite (modèles TRAJECTOIRE et CALIPER) ou de la dépendance (modèle AUTONOMIX).

En partenariat avec l'Insee, la DREES a développé 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 directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, 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 direction 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 ; et du suicide.

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

Un personnel très qualifié et diversifié

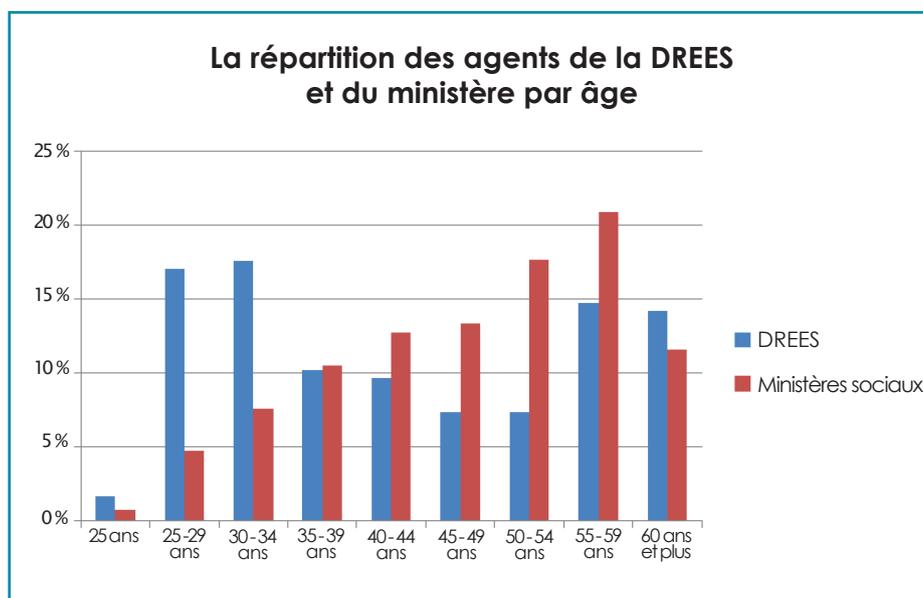
La DREES dispose d'un effectif resserré d'environ 170 agents à Paris et d'une petite vingtaine en région, dans les agences régionales de santé et dans les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

Son personnel est très qualifié : il est composé de 82 % de cadres A, de 12 % de cadres B et de 6 % de cadres C. La DREES emploie notamment des statisticiens, des économistes, des démographes, des informaticiens, des médecins et des gestionnaires.

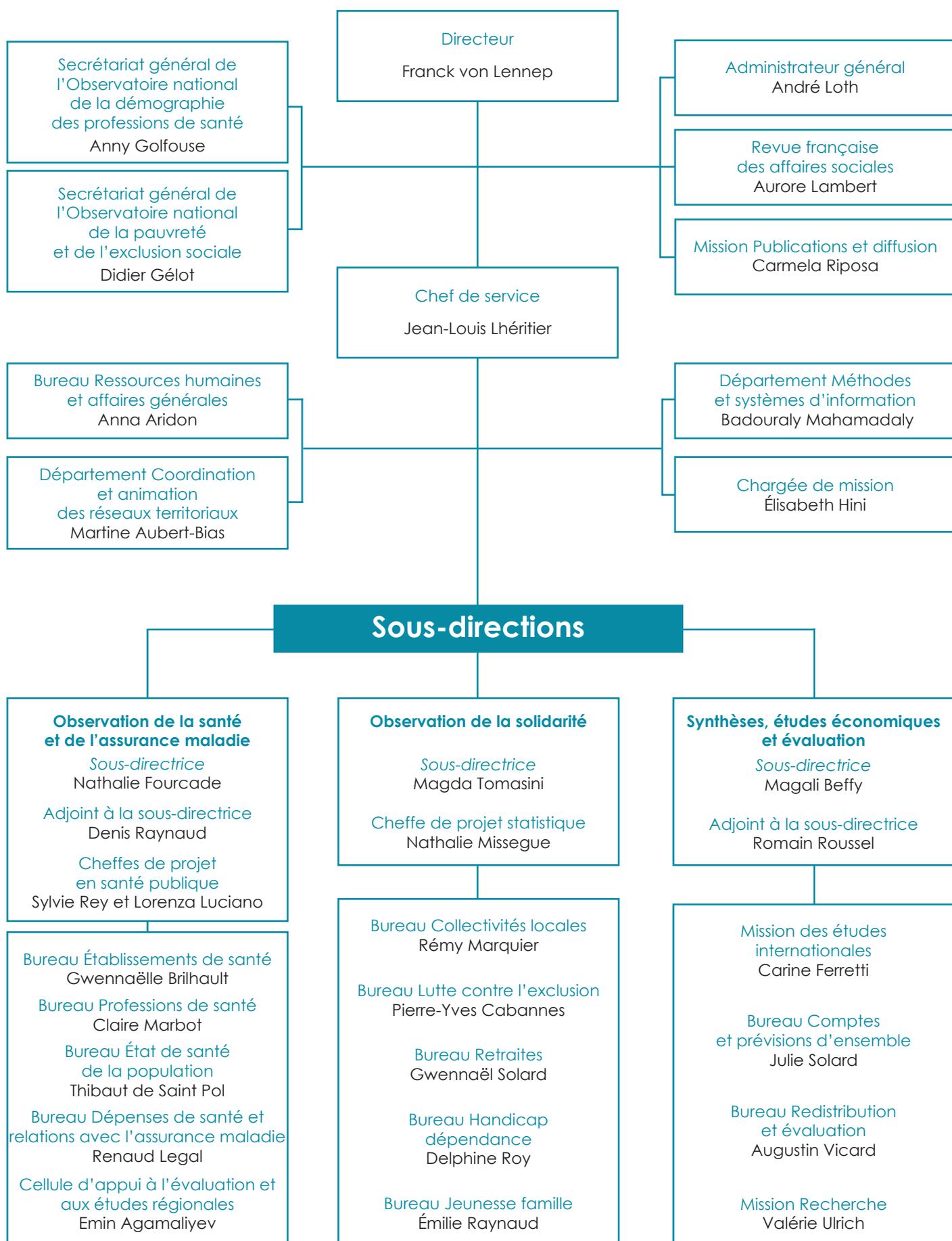
Elle emploie à Paris et en région 57 agents titulaires des ministères sociaux, 61 contractuels ainsi que 66 agents de l'Insee.

Les femmes représentent presque les deux tiers de l'effectif de la DREES et 43 % de l'encadrement supérieur.

La DREES compte une forte proportion de jeunes agents, nettement supérieure à celle observée pour les ministères sociaux dans leur ensemble.



DREES - ORGANIGRAMME





Drees