

DREES 2016

Rapport d'activité



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL

MINISTÈRE
DE L'ACTION ET DES
COMPTES PUBLICS



Séminaire DREES
14 mars 2017



Photos Jacky d. Frenoy/Dicom





Sommaire

Le mot du directeur.....2-3

> Les faits marquants de l'année 2016

Réflexion sur les usages du <i>big data</i> en santé.....	4
L'accès aux données de santé, plus ouvert et plus sécurisé.....	5
Portrait des professionnels de santé.....	6
IVG : pratiques et parcours des femmes.....	6
De quelles ressources disposent les jeunes adultes ?..	7

> L'observation de la solidarité.....8-9

Comment vivent les bénéficiaires de revenus minima garantis.....	10
L'aide sociale.....	11
Décrire la prise en charge de la dépendance.....	12
Professionnels du social : un niveau d'exigence élevé.....	13
Les retraités : des situations très diverses.....	14
Les modes d'accueil des jeunes enfants.....	15
L'offre d'accueil des personnes en situation de handicap.....	16
Protection sociale : la DREES comptabilise plus d'un tiers du PIB.....	17

> L'observation de la santé.....18-19

Mieux connaître les professionnels de santé.....	20
Un paysage hospitalier varié.....	21
De la période périnatale à la période néonatale....	22
Mieux repérer la souffrance au travail.....	22
La santé face au vieillissement.....	23
La mise en oeuvre de la stratégie de santé pour les Outre-mer.....	24
Les inégalités sociales de santé comment les appréhender ?.....	25
Le secteur de la complémentaire santé.....	26
Les dépenses de santé : 9% du PIB.....	27

Des outils pour éclairer et évaluer les politiques publiques.....28-29

Valoriser les travaux de la DREES	30
La Revue française des affaires sociales a 70 ans.....	30
Les missions de la DREES.....	31
Sigles utilisés.....	32

Des chiffres pour nourrir le débat et des analyses pour éclairer la décision du ministère



Franck von Lennep, directeur de la DREES
de mars 2012 à mai 2017

En 2016, l'activité de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a été marquée par l'aboutissement de plusieurs travaux législatifs. Elle a lancé ou préparé plusieurs opérations statistiques innovantes. Grâce à la qualité de ses travaux et à la réactivité de ses équipes, elle a continué à éclairer la décision pour les grands projets du ministère des affaires sociales et de la santé. Elle a enrichi son offre de publications et continué d'accroître son écho dans le débat économique et social.

Sans prétendre à l'exhaustivité, je souhaiterais illustrer notre activité à partir de quelques avancées marquantes.

L'ouverture des données de santé

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a créé les conditions d'un accès plus ouvert, mais aussi sécurisé, aux données de santé. En 2016, la DREES a préparé le cadre juridique des accès et leur gouvernance. Le positionnement, les compétences et l'action de la DREES ont été reconnus par ma nomination en qualité d'administrateur de données de santé en novembre 2016.

De nouvelles enquêtes pour mieux éclairer le débat social

Nous pouvons être fiers des opérations statistiques innovantes que nous avons lancées en 2016 : l'enquête sur les personnes âgées dépendantes vivant en institution et

leurs aidants, celle sur les délais d'attente dans l'accès aux soins, fondée sur la cohorte Constances de l'Inserm, l'enquête nationale périnatalité, en partenariat avec l'Inserm, qui a interrogé toutes les femmes ayant accouché durant une semaine en mars 2016. Nous avons également préparé l'enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise lancée début 2017.

Pour la première fois, grâce à nos travaux conduits en partenariat avec l'Insee, la statistique publique a pu éclairer le débat public sur la situation financière des jeunes adultes, leurs conditions de vie et leur accession à l'autonomie. Début 2017, nous avons dressé un état des lieux des actions sociales menées par les communes et les intercommunalités et qui viennent compléter l'action sociale des départements.

Grâce à nos analyses et à la mise en place d'une coordi-

nation des producteurs de données, nous avons activement contribué à la feuille de route nationale sur la santé dans les départements et régions d'outre-mer.

Une expertise au service de l'action publique

La direction a été très présente dans l'accompagnement des grands projets du ministère, par son expertise technique en matière de simulation et d'évaluation de réformes. Nous avons commencé à suivre la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement par les départements, notamment la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie. Nous avons développé la connaissance opérationnelle des déserts médicaux, éclairé l'adaptation de la prime d'activité, contribué aux travaux de refonte des minima sociaux conduits par le député Christophe Sirugue. Nous avons piloté l'évaluation de plusieurs expérimentations de l'organisation des parcours de soins, en particulier ceux des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Nous avons enfin

publié plusieurs bilans sur les conséquences des récentes réformes et évolutions en matière de retraite, qui ont été nombreuses depuis 2010, en étudiant leurs effets tant sur les finances des régimes, que sur les montants de pension et les durées de retraite, l'équité entre les assurés, ou encore les effets sur les autres comptes sociaux.

Le soutien aux projets de recherche

La DREES a animé les travaux de l'Observatoire national du suicide qui ont conduit à la publication de son deuxième rapport en février 2016 et au lancement de cinq projets de recherche sur le suicide et sa prévention. Elle a organisé un séminaire de réflexion sur les inégalités sociales de santé à partir duquel un appel à projets de recherche a pu être lancé début 2017.

Ce troisième rapport d'activité de la DREES présente l'essentiel du travail accompli au cours de l'année 2016 grâce à l'engagement et aux compétences de toutes les personnes de la direction.

Deux ouvrages de la collection Panoramas enrichissent l'offre éditoriale de la DREES

La complémentaire santé

Qu'elle soit individuelle ou collective, la complémentaire santé, qui couvre 95% des personnes en France, joue un rôle majeur dans l'accès aux soins en finançant 13,5% des dépenses courantes de santé. Ce nouvel ouvrage de la collection Panoramas de la DREES présente les organismes qui la proposent, leurs logiques de tarification et les niveaux de garantie pour les bénéficiaires. Ces niveaux sont en moyenne meilleurs pour les salariés bénéficiant d'un contrat via leur employeur et varient selon les ressources financières des personnes. Certains ménages modestes ne sont pas couverts même si des dispositifs destinés aux populations les plus vulnérables existent, la CMU-C et l'aide à la complémentaire santé.

Portrait des professionnels de santé

Ce nouvel ouvrage de la collection Panoramas de la DREES présente la diversité des métiers et des parcours des 1,9 million de professionnels de santé. Il rassemble des statistiques sur leur démographie, leurs rémunérations, leur formation et leurs conditions de travail. Il décrit les spécificités de l'exercice à l'hôpital et la répartition géographique des professionnels de premier recours. L'ouvrage esquisse les tendances des futures évolutions démographiques et leurs conséquences sur la répartition des professionnels sur le territoire.

 **La complémentaire santé** drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/la-complementaire-sante-acteurs-beneficiaires-garanties-edition-2016

Portrait des professionnels de santé <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>



Réflexion sur les usages du *big data* en santé

En 2016, le ministère a lancé une large réflexion sur le *big data* (méga-données) en santé. La DREES, dont le directeur a été nommé administrateur des données de santé par la ministre des Affaires sociales et de la Santé à l'automne 2016 et dirige le chantier relatif au *big data* du comité stratégique du numérique en santé, a notamment pour mission de développer l'usage des données à des fins de décisions opérationnelles au sein du ministère. Au cœur de la statistique publique, la DREES explore avec l'Insee et d'autres acteurs, les possibilités offertes par ces nouvelles techniques et données, ainsi que les enjeux qu'elles posent.

Feuille de route du ministère

La ministre des Affaires sociales et de la Santé a lancé à l'automne 2015 une réflexion sur le *big data* en santé. Quatre groupes de travail, animés par un universitaire ou chercheur et un expert issu du secteur privé, ont abordé les usages du *big data* en santé, les infrastructures et traitements, les aspects éthiques et juridiques, les enjeux économiques et sociaux. Cette réflexion a débouché début 2016 sur un document stratégique formalisant les enjeux et traçant une feuille de route pour les politiques publiques à court et moyen terme. La DREES a été associée aux travaux des groupes.

L'atelier citoyen sur le *big data* en santé

À la demande de la ministre, une réflexion participative sur les usages du *big data* en santé a réuni en atelier dix-sept citoyens venant de tous horizons géographiques, professionnels et générationnels. Le 4 juillet, cet atelier citoyen a été restitué lors du colloque « *Big data* et Santé » organisé par la DREES et la délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé. Celui-ci a mis en évidence les bénéfices liés à l'ouverture et à la circulation des données de santé : un patient mieux informé et plus acteur de sa santé, une relation patient-professionnel améliorée (par exemple grâce à un dossier médical partagé), des possibilités nouvelles pour la recherche et la santé publique. Il en a également souligné les risques et les questions éthiques concernant

notamment la protection des personnes. Les conclusions ont conforté les dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé.

Un groupe de travail *big data* à la DREES

En 2016, la DREES, après concertation avec l'Insee, a lancé un groupe de travail sur *big data* et *Machine Learning* (apprentissage automatique). Il s'agit, à partir de présentations de travaux existants, d'explorer les possibilités offertes à la statistique publique par ces nouvelles techniques et données, de se familiariser avec les outils et les enjeux. Ce groupe de travail a réuni des intervenants de tous horizons : chercheurs en mathématiques, en bio-informatique, en génétique, créateurs d'entreprises nouvelles, statisticiens, médecins... Les problématiques des intervenants sont communes : l'adaptation de l'architecture informatique à ces mégadonnées, de formats variés ; l'acquisition de compétences sur ces nouvelles méthodes et types de données (y compris des données textuelles d'images) ; la protection des données (notamment les rendre anonymes pour pouvoir les diffuser) ; leur qualité et leur bonne représentativité.



Colloque *big data* en santé social-sante.gouv.fr/actualites/evenements/article/colloque-big-data-en-sante-quels-usages-queles-solutions

Les ateliers citoyens modernisation.gouv.fr/les-services-publics-se-simplifient-et-innovent/par-la-consultation-et-la-concertation/video-big-data-en-sante-les-coulisses-du-premier-atelier-citoyen

Big data et protection sociale

En 2016, la *Revue française des affaires sociales* a lancé un appel à contribution pluridisciplinaire « *Big data* et protection sociale » pour son numéro 4-2017. Celui-ci balaie de manière large les enjeux liés au *big data* : nouvelles techniques statistiques, nouveaux usages individuels et collectifs, nouvelles régulations. Les enjeux éthiques et juridiques et des éclairages apportés par des expériences étrangères sont également sollicités. Quatre axes sont privilégiés : statistique classique et apprentissage statistique ; les usages du *big data* au sein de notre système de protection sociale ; la conciliation entre *big data* et solidarité ; le *big data*, un changement sociétal ?

À paraître Le *big data* et la protection sociale, *Revue française des affaires sociales*, n°4-2017.

Appel à contribution drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/revue-francaise-des-affaires-sociales/appels-a-contribution-de-la-rfas/article/big-data-et-protection-sociale

L'accès aux données de santé, plus ouvert et plus sécurisé

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

La ministre des Affaires sociales et de la Santé a confié à la DREES le pilotage stratégique de cette action. En 2016, la Mission d'accès aux données de santé de la DREES a œuvré à la mise en place effective de ces accès et de leur gouvernance.

La mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé

La loi instaure le système national des données de santé (SNDS) qui regroupe, et met à disposition les données de l'assurance maladie obligatoire, des établissements de santé, les causes médicales de décès, les données issues des Maisons départementales des personnes handicapées ainsi qu'un échantillon de données de remboursement d'assurance maladie complémentaire.

La DREES a préparé le cadre juridique des accès aux données de santé :

- le décret 2016-1871 décrit les modalités de gouvernance et de fonctionnement du SNDS. Il fixe la liste des organismes bénéficiant d'accès permanents aux données du SNDS en raison de leurs missions de service public ainsi que les modalités de ces accès. Il prévoit également les droits d'accès, de rectification et d'opposition des personnes auxquelles les données se rapportent ;
- le décret 2016-1872 fixe les modalités de demande d'autorisation de traitement de données de santé à des fins de recherche, d'études ou d'évaluations. Il précise les missions et modalités de fonctionnement de l'Institut national des données de santé (INDS) et du comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (CEREEES) qui se prononce sur toute demande de traitement. Le décret prévoit également des procédures simplifiées qui pourront être mises en œuvre en lien avec la CNIL :



- l'arrêté du 22 mars 2017 relatif au référentiel de sécurité du SNDS fixe les exigences de sécurité applicables au SNDS. Il prévoit notamment que les accès et traitements des données soient traçables, de façon qu'ils puissent être contrôlés ;
- l'arrêté du 20 avril 2017 portant création du groupement d'intérêt public « INDS » ;
- l'arrêté du 5 mai 2017 portant nomination des membres du CEREEES.

La constitution du système national des données de santé

La DREES pilote la constitution du SNDS en lien avec la CNAMTS, responsable du traitement, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, l'Inserm et des organismes d'assurance complémentaire. Son ouverture au champ de la médecine de ville et des établissements de santé a eu lieu le 10 avril 2017.

Pour faciliter l'accès aux SNDS, la DREES a animé un groupe de travail du Comité stratégique de filière des industries et technologies de santé. Un guide a été publié présentant la gouvernance des accès au SNDS, les procédures de dépôts de dossiers et des préconisations pour l'usage des données du SNDS par les industriels des produits de santé.

La DREES a également piloté la mise en place du site snds.gouv.fr qui met à disposition toutes les informations utiles pour l'accès au SNDS.



Accès aux données de santé drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/acces-aux-donnees-de-sante/

Mise en œuvre du système national des données de santé et nouveau cadre d'accès aux données de santé drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/acces-aux-donnees-de-sante/mise-en-oeuvre-du-systeme-national-des-donnees-de-sante-et-nouveau-cadre-d/article/mise-en-oeuvre-du-systeme-national-des-donnees-de-sante-et-nouveau-cadre-d

Portrait des professionnels de santé

Dans son ouvrage de la collection Panoramas, la DREES présente un *Portrait des professionnels de santé* en France.

Une grande diversité des métiers et des parcours

Fin 2015, 1,9 million de professionnels de santé sont en exercice contre 1,4 million en 2000. Les effectifs ont progressé dans toutes les professions, notamment pour les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes, à l'exception des chirurgiens-dentistes. Dans tous ces métiers, les femmes sont majoritaires ou le deviendront à brève échéance.

La plupart des professions disposent de formations dédiées, soumises à quotas. La part des diplômés formés à l'étranger parmi les professionnels débutant leur exercice en France est élevée : masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens dentistes (un tiers), orthophonistes (29%), médecins (un quart). Les professionnels travaillant à l'hôpital ont des conditions de travail plus difficiles que l'ensemble des salariés. Si leurs rythmes de travail sont plus contraints qu'en moyenne, les dépassements d'horaire ont diminué en dix ans alors que les tensions avec le public se sont accrues. En ville, les médecins généralistes libéraux travaillent 57 heures en moyenne par semaine. Ceux qui exercent dans une zone rurale travaillent plus encore que la moyenne.



L'ouvrage Barlet M., Marbot C. (dir.), 2016, *Portrait des professionnels de santé*, DREES, coll. Panoramas, juillet.

IVG : pratiques et parcours des femmes

Créée par la ministre des Affaires sociales et de la Santé, la Commission sur les données et la connaissance de l'IVG, pilotée par la DREES, a publié son rapport en juillet 2016.

Une meilleure connaissance du parcours des femmes

Le rapport souligne la richesse des informations recueillies au niveau national et local. Celles-ci montrent la persistance de difficultés d'accès à l'IVG notamment pour les mineures sans autorisation parentale et pour les femmes en grande précarité, particulièrement celles en situation irrégulière.

Le rapport présente cinq séries de recommandations pour améliorer la connaissance du parcours des femmes : améliorer l'information partagée notamment avec les acteurs de l'IVG ; mieux connaître les difficultés d'accès, les parcours et les inégalités sociales, ce qui nécessite d'enrichir les données médico-administratives par les informations sociales de l'échantillon démographique permanent de l'Insee ; améliorer la connaissance



concernant les attentes et la satisfaction des femmes ; améliorer l'exhaustivité et la qualité du système d'information, principalement fondé sur les données médico-administratives ; renforcer le respect de la confidentialité.



Le rapport drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_commission_ivg_25juillet.pdf



Vilain A., 2016, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 », *Études et Résultats*, DREES, n°968, juin.

De quelles ressources disposent les jeunes adultes ?

L'enquête de la DREES et de l'Insee sur les ressources des jeunes permet de mieux connaître les conditions de vie des jeunes adultes de 18 à 24 ans en France, qu'ils vivent en logement individuel ou en collectivité (internat, cité universitaire, foyers de jeunes travailleurs, etc.). Les jeunes et leurs parents ont été notamment interrogés en 2014 sur les différentes formes de solidarités familiales, au moment charnière de leur transition vers l'indépendance.

Le soutien des parents : un apport essentiel pour les 18-24 ans

Sept jeunes adultes sur dix bénéficient d'un soutien financier régulier de leurs parents, et neuf jeunes en cours d'études sur dix. Cette aide est moindre (130 euros en moyenne par mois) pour les 57% des jeunes résidant de façon permanente chez leurs parents. Pour les jeunes étudiants qui ne vivent plus chez leurs parents, l'aide parentale est plus élevée (510 euros).

La participation financière des parents varie selon le milieu social. Lorsqu'ils sont aidés, les enfants de cadres reçoivent un montant 2,5 fois plus élevé que les enfants d'ouvriers. L'aide parentale complète le plus souvent les aides publiques, notamment les allocations logement.

Au total, avec les aides parentales, les revenus du travail et les revenus sociaux, les ressources individuelles des jeunes adultes sont en moyenne de 9530 euros par an. Moindres pour les étudiants sans activité rémunérée (4390 euros en moyenne pour ceux vivant chez leurs parents et 8890 euros pour les autres), ces ressources sont de 14870 euros pour ceux qui ont un emploi la plus grande partie de l'année et vivent chez leurs parents et 16470 euros lorsqu'ils n'y vivent pas.

Des parcours vers l'autonomie résidentielle très divers

Fin 2014, 43% des jeunes adultes disposent de leur propre logement, mais seulement 17% le financent et y résident exclusivement. Un jeune sur cinq vit entre son propre logement et celui de ses parents.

Les parcours vers l'autonomie résidentielle diffèrent selon l'activité de chacun. Les étudiants ou les jeunes des milieux favorisés quittent souvent le domicile parental sans être totalement autonomes. D'autres n'ont pas les moyens de quitter le domicile parental. Trois jeunes sur quatre au chômage ou inactifs résident chez leurs parents. Ils sont davantage exposés à des difficultés financières et leur bien-être en pâtit.



- > Castell L., Portela M., Rivalin R., 2016, « Les principales ressources des 18-24 ans », *Études et Résultats*, DREES, n°965, juin.
- > Castell L., Thouilleux C., Missègue N., et al., 2016, « Ressources et accès à l'autonomie résidentielle des 18-24 ans », *Les dossiers de la DREES*, n°8, novembre.
- > Le Pape M.-C., Portela M., Tenret É., 2016, « Quand on aime on ne compte pas », *Les dossiers de la DREES*, n°4, août.
- > Grobon S., Portela M., 2016, « Les valeurs des jeunes adultes, leur perception de l'avenir et la protection sociale », *Les dossiers de la DREES*, n°3, août.





A photograph showing the back of two people embracing. On the left, a person with dark curly hair is wearing a yellow long-sleeved shirt. On the right, a person with long blonde hair is wearing a brown sweater. They are standing in front of a large window that looks out onto a bright, green outdoor scene. The overall mood is warm and supportive.

L'observation de la solidarité

Les systèmes de protection sociale face aux enjeux à long terme

Dans un contexte de reprise économique modérée en Europe depuis la crise de 2008, les prestations sociales croissent à un rythme ralenti. Les systèmes de protection sociale font face à des enjeux à long terme, notamment liés au vieillissement et à l'allongement de la vie, sans incapacité autant que possible, et à leur soutenabilité financière.

En France, l'année 2016 a été précisément marquée par l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Des mesures concrètes permettent ainsi aux personnes âgées de préserver au mieux leur autonomie et à leurs proches aidants de recevoir un soutien adapté à leur situation. En particulier, l'allocation personnalisée d'autonomie a été réformée. Les enquêtes de la DREES auprès des départements, en charge de l'aide à l'autonomie des personnes âgées, permettront d'éclairer les effets de la loi.

La DREES a estimé que la France consacrait plus de 34 milliards d'euros à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Grâce à son modèle de microsimulation AUTONOMIX (voir page 28), elle a pu mettre en lumière le reste à charge des personnes dépendantes et la façon dont celui-ci varie selon les revenus et lorsque les besoins dépassent le plafond des plans d'aide.

En miroir, la DREES a mis en évidence les conditions de travail difficiles des personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, qu'ils surmontent souvent grâce à un fort engagement.

L'année 2016 a par ailleurs constitué une avancée majeure dans la connaissance de la situation des jeunes adultes de 18 à 24 ans. La DREES et l'Insee ont ainsi publié les résultats de l'enquête nationale sur les ressources des jeunes. Le soutien des parents constitue un apport financier important, qui complète les aides publiques, notamment les allocations logement, et parfois les revenus d'activité. Les parcours vers l'autonomie résidentielle des jeunes sont très divers : les étudiants ou les jeunes des milieux favorisés quittent souvent le domicile parental au contraire des jeunes au chômage ou inactifs.

Comment vivent les bénéficiaires de revenus minima garantis ?

Grâce à son enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux en 2012, la DREES montre que la moitié des bénéficiaires de revenus minima garantis ont un niveau de vie inférieur à 910 euros par mois, soit 40% de moins que le niveau de vie médian de l'ensemble des personnes. Leurs dépenses sont en outre plus contraintes que pour la population prise dans son ensemble, ce qui réduit encore leur revenu « arbitral ».

Les dépenses de logement des personnes les plus modestes

Les ménages supportent des dépenses dites pré-engagées car difficilement renégociables à court terme (traitements et factures). Ces dépenses concernent au premier chef le logement : les remboursements d'emprunts liés à la résidence principale ou le loyer et les autres dépenses de logement (factures d'eau et d'énergie, charges de copropriété, assurance...). Les dépenses

de composition des ménages, représentent 12% du revenu disponible des ménages bénéficiaires de revenus minima garantis.

Les ménages bénéficiaires de revenus minima garantis sont plus souvent locataires (65% en 2012) que les ménages qui n'en bénéficient pas (40% en 2011) et sont moins souvent accédants à la propriété (4% contre 19%). D'autres dispositifs sociaux réduisent d'autres dépenses pré-engagées des ménages les plus modestes : notamment la CMU-C et l'aide au paiement d'une complémentaire santé pour les assurances maladie, le tarif social des télécommunications, les réductions et exonérations des frais scolaires et universitaires.

Un reste à vivre faible et des difficultés de paiement

Une fois les dépenses pré-engagées déduites, il reste, pour la moitié des ménages bénéficiaires de revenus minima garantis, un revenu arbitral de moins de 500 euros mensuels par unité de consommation pour « librement » consommer et épargner. Ce montant médian tombe à 330 euros par mois si l'on déduit les dépenses alimentaires. Ce faible montant du revenu restant explique les difficultés de paiement des ménages bénéficiaires de revenus minima garantis pour le logement (qui concernent 16% de ces ménages), les remboursements de crédits (10%) et les frais scolaires et universitaires (9%).



L'ouvrage Cabannes P.-Y., Lelièvre M. (dir.), 2016, *Minima sociaux et prestations sociales, Ménages aux revenus modestes et redistribution*, DREES, coll. Panoramas, août.

> Calvo M., 2016, « Minima sociaux : la croissance soutenue du nombre d'allocataires s'atténue en 2014 », *Études et Résultats*, DREES, n°964, juin.

> D'Isanto A., Reduron V., 2016, « La croissance du nombre d'allocataires du RSA diminue en 2015 mais reste élevée », *Études et Résultats*, DREES, n°956, mars.

> Papuchon A., 2016, « Prestations sociales : les personnes éligibles sont-elles les mieux informées ? », *Études et Résultats*, DREES, n°954, mars.

> D'Isanto A., Rémila N., 2016, « Entre revenu disponible et dépenses pré-engagées : combien reste-t-il aux bénéficiaires de revenus minima garantis ? », *Les dossiers de la DREES*, n°11, décembre.

de logement représentent 29% du budget des ménages bénéficiaires de revenus minima garantis contre 19% de celui de l'ensemble des ménages vivant en France métropolitaine. L'ensemble des dépenses pré-engagées sont respectivement de 42% contre 34%.

Plusieurs dispositifs sociaux contribuent à réduire la part des dépenses de logement : le logement social et les aides au logement. Ainsi, fin 2012, 38% des bénéficiaires de revenus minima garantis vivent dans un logement social au loyer inférieur à celui du marché. Les aides au logement, dont le barème est modulé selon le revenu et la

L'aide sociale

L'aide sociale des départements fait chaque année l'objet d'une enquête de la DREES qui renseigne sur ses bénéficiaires et ses dépenses. Cette aide couvre les personnes âgées (APA, aide à domicile et hébergement), les personnes en situation de handicap (aide à domicile et hébergement), l'aide sociale à l'enfance (ASE), le RSA (socle et socle majoré) et l'insertion.

Les modes d'hébergement des enfants bénéficiaires de l'ASE

325 000 enfants bénéficient de l'ASE fin 2015 : une moitié d'entre eux relèvent d'une action éducative et vivent avec leur famille alors que l'autre moitié est placée hors du milieu familial, principalement dans une famille d'accueil (50% des enfants placés) ou dans un établissement relevant de l'ASE (38%). 56 000 enfants sont ainsi hébergés en 2015 par l'ASE dans les maisons d'enfants à caractère social, foyers de l'enfance, pouponnières, villages d'enfants et lieux de vie. D'après l'enquête de la DREES auprès des établissements et services en faveur des enfants en difficulté sociale, les jeunes accueillis ont, en moyenne en 2012, 13 ans et séjournent 13 mois dans l'établissement. Avant leur entrée, la moitié des enfants vivaient avec leur famille. À leur sortie, 40% y retournent, 18% vont dans un autre établissement de l'ASE, 12% habitent chez un assistant familial et 8% obtiennent un logement personnel ou accompagné.

Les dépenses d'aide sociale en hausse

En 2015, les conseils départementaux ont attribué 36,3 milliards d'euros à l'aide sociale, soit une hausse de 3% en euros constants par rapport à 2014. Un tiers des dépenses sont consacrées au RSA (socle et socle majoré) et aux contrats uniques d'insertion. Celles-ci restent dynamiques (+6% par rapport à 2014) du fait de la hausse continue des allocataires du RSA depuis la crise de 2008,



tout comme les 22% des dépenses consacrés aux personnes en situation de handicap (+3% depuis 2014). Les 23% des dépenses consacrés à l'ASE ont peu évolué en cinq ans (+1% par an en moyenne depuis 2010) et les 21% des dépenses destinés aux personnes âgées sont quasi stables.



- > Abdouni S., Borderies F., 2016, « Fin 2015, les départements ont attribué 4,3 millions de prestations d'aide sociale », *Études et Résultats*, DREES, n° 984, novembre.
- > Pliquet E., 2016, « Aide sociale à l'enfance : 55 000 enfants et adolescents hébergés en établissements », *Études et Résultats*, DREES, n° 974, septembre.
- > Pliquet E., 2016, « Fin 2012, les établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance offrent 60 000 places d'hébergement », *Études et Résultats*, DREES, n° 955, mars.
- > Amar É., 2016, « Dépenses d'aide sociale départementale : une hausse de 9% depuis 2010 », *Études et Résultats*, DREES, n° 950, février.
- > Marquier R., 2016, « Dix ans d'aide sociale départementale aux personnes handicapées 2004-2013 », *Les dossiers de la DREES*, n°2, juin.
- > Amar É., 2016, « Les dépenses d'aide sociale départementale en 2014 », *Document de travail, Série Statistiques*, n°201, DREES, septembre.
- > Amar É., Borderies F., Leroux I., 2016, « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2014 », *Document de travail, Série Statistiques*, n°200, DREES, août.

Observation et analyse des politiques sociales départementales

La DREES et l'Insee ont organisé le 15 janvier un séminaire qui a réuni les représentants des conseils départementaux et des plateformes régionales d'observation sociale.

Les trois premiers temps ont été consacrés aux outils d'observation et d'analyse sur les thèmes de la précarité et des politiques de lutte contre l'exclusion, de la perte d'autonomie et enfin de l'enfance et de la jeunesse. Le dernier temps d'échanges a été consacré aux démarches et méthodes de travail collaboratif dans le domaine de l'observation. La DREES a présenté ses travaux, notamment autour des enquêtes qu'elle collecte auprès des conseils départementaux.



Journée d'étude sur l'observation des politiques sociales départementales drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/colloques/article/journee-d-etude-sur-l-observation-des-politiques-sociales-departementales

Décrire la prise en charge de la dépendance



D'après le compte de la dépendance établi par la DREES, la Nation a consacré en 2014, 34,2 milliards d'euros, soit 1,60% du PIB, à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées : au titre de la santé (12,2 milliards), de l'aide à la prise en charge (10,5 milliards) et de l'hébergement (11,5 milliards). Les pouvoirs publics financent 70% de ces dépenses, les ménages 30%.

Le reste à charge des bénéficiaires de l'APA

Grâce au modèle de micro-simulation AUTONOMIX (voir p.28) fondé sur le recueil de données individuelles de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la DREES montre que, avant la montée en charge de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, les frais restant à la charge des bénéficiaires de l'APA à domicile peuvent représenter une part importante de leur budget notamment pour les personnes les plus dépendantes ou les plus modestes. Les bénéficiaires de l'APA vivant en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont, eux, malgré les dispositifs d'aide, des frais restant à leur charge souvent supérieurs à leurs revenus.

Le non-recours à l'APA pour les personnes vivant à domicile

Afin de mieux comprendre les mécanismes du non-recours, une étude qualitative financée par la DREES a été menée auprès de professionnels de terrain dans quatre départements. Elle montre que le non-recours peut d'abord être lié à une méconnaissance partielle ou totale de cette aide. Par ailleurs, les démarches administratives à accomplir, le caractère intrusif du dossier administratif pour obtenir cette aide et le reste à charge après la prise en compte des revenus sont autant de motifs de découragement. Cependant le non-recours peut aussi être un choix personnel qui résulte d'une volonté de rester maître de son quotidien. Mais lorsque la personne se met en danger ou met en danger ses proches, cette décision de non-recours peut se heurter à l'obligation pour les acteurs publics d'intervenir.



> Ramos-Gorand M., 2016, « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain - Entre contraintes et expression du choix des personnes âgées », *Les dossiers de la DREES*, n°10, décembre.

> Fizzala A., 2016, « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? », *Les dossiers de la DREES*, n° 1, mars.

> Makdessi Y., Ravaud J-F., Vanderschelden M., « Profils d'autonomie et de dépendance(s) des résidents en établissement médico-social... » in n° 4-2016, *Revue française des affaires sociales*, La Documentation française.

Enquête sur la vie quotidienne des seniors en établissement

De septembre à décembre 2016, l'enquête « CARE-Institutions » a interrogé 3000 seniors de 60 ans et plus, vivant de façon permanente dans 700 établissements pour personnes âgées en France métropolitaine, qu'il s'agisse d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de maisons de retraite non-EHPAD ou d'établissements de soins de longue durée. Pour la première fois, les aidants « informels » des résidents, notamment les familles, ont également été interrogés. Les enquêteurs se sont ainsi intéressés à l'entourage des seniors afin d'évaluer les répercussions de l'implication des aidants sur leur vie personnelle et professionnelle.



> Carrère A., 2016, « Les enrichissements prévus pour l'enquête CARE-Ménages, mise en oeuvre, apports et contraintes », *Document de travail, Série Sources et méthodes*, DREES, n°56, septembre.



L'enquête CARE en institution drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/personnes-agees/article/les-enquetes-capacites-aides-et-ressources-des-seniors-care

Professionnels du social : un niveau d'exigence élevé

Les enquêtes de la DREES montrent que les 8000 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) accueillent en France 574 000 personnes fin 2011 et emploient 361 000 professionnels (en équivalents temps plein).

En EHPAD, des conditions de travail difficiles, mais un fort engagement des personnels

Pour mieux connaître les conditions de travail dans les EHPAD, la DREES a financé une série d'entretiens individuels ou collectifs réalisés auprès de 340 personnes, dont 90% de femmes. Ces entretiens ont porté sur l'organisation du travail, la pénibilité physique, la charge émotionnelle et l'avenir professionnel. Ils ont concerné quatre métiers : infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale.

Il ressort de ces entretiens que les conditions de travail des soignants changent du fait de l'évolution des profils des résidents, plus âgés, plus dépendants, souffrant souvent de pathologies graves (42% d'entre eux souffrent de démences) et dont l'entrée en établissement apparaît comme la dernière étape du parcours de vie, lorsque le maintien à domicile n'est plus envisageable. Les tâches de soin se sont accrues au détriment du relationnel. Les exigences de qualification et de contrôle qualité se sont renforcées pour les professionnels qui répondent également aux demandes des résidents et de leurs familles.

Aux dires des personnels soignants, travailler en EHPAD est difficile, physiquement et psychologiquement, et la charge mentale y est importante. Les tensions autour de l'organisation du travail peuvent être source de dégradation des conditions d'exercice.

Les professionnels restent toutefois le plus souvent fortement engagés dans leur travail, tant professionnellement que personnellement. Des mécanismes de solidarité, mis en œuvre pour pallier certaines difficultés, restent cependant fragiles.

Se dessinent ainsi les contours d'une vie professionnelle dont la pénibilité, non dissimulée, est souvent dépassée par un fort engagement individuel et des gratifications issues de la relation privilégiée aux usagers, aux familles, aux collègues, à l'établissement.

Les filières de formation du travail social

L'enquête de la DREES auprès des centres de formation au travail social montre une diminution de 7% du nombre d'inscrits de 2010 à 2015 après un quadruplement des effectifs en vingt ans.

Sur 61 700 étudiants inscrits en 2015, la moitié suivent la filière éducative (dont 13 700 futurs éducateurs spécialisés et 11 400 futures aides médico-psychologiques), un quart la filière sociale (dont 7 800 en formation d'assistants de service social) et un sixième celle dédiée à la famille et l'enfance. 85% des étudiants sont des femmes. L'âge moyen à l'entrée en formation relativement élevé (31 ans) s'explique, pour ceux qui reprennent leurs études, par un désir d'évoluer professionnellement ou de s'insérer sur le marché du travail. Un quart des étudiants possèdent déjà un diplôme du secteur sanitaire ou social, notamment ceux inscrits dans les formations de niveau bac +3 ou plus, plutôt destinées aux personnels d'encadrement.



> Vroylandt T., 2016, « Une baisse de 7% des étudiants inscrits en formations sociales entre 2010 et 2015 », *Études et Résultats*, DREES, n°986, décembre.

> Vroylandt T., 2016, « Formations en travail social : 62 000 étudiants en 2014 », *Études et Résultats*, DREES, n°953, février.

> Marquier R., Vroylandt T., Chenal M. et al., 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les dossiers de la DREES*, n°5, septembre.

> Chenal M., Jolidon P., Laurent T., et al., 2016, « Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Document de travail, Série Études et recherche*, n°134, septembre.



Les retraités : des situations très diverses



Depuis le milieu des années 2000, les pays européens, confrontés au vieillissement de la population, aux évolutions économiques et budgétaires, ont réformé leurs systèmes de retraite. En France, les mesures engagées entre 2010 et 2015 ont modifié les bornes d'âge (notamment en 2010 : passage de 60 à 62 ans pour l'âge d'ouverture des droits), la durée requise pour le taux plein, les règles de liquidation et d'indexation des pensions. À l'aide de son modèle de micro-simulation TRAJECTOIRE (voir p. 28), la DREES a simulé, à la demande du Conseil d'orientation des retraites, les effets de ces réformes sur la situation des assurés, les dépenses des régimes et l'équité.

L'effet des réformes des retraites

Ces réformes conduisent à réduire d'un point de PIB la masse des pensions de droit direct (hors pensions de réversion). Elles diminueront, à terme, la durée de la retraite de deux ans et conduiront à une baisse de la pension cumulée de 4,5% par rapport à une situation sans réformes. Malgré cette baisse, la pension cumulée sur le cycle de vie continue d'augmenter au fil des générations en euros constants de l'ordre de 23% entre les générations 1950 et 1980, contre 27% en l'absence de réformes.

Les personnes à faibles revenus sont globalement plus touchées par les réformes : leur pension cumulée sur le cycle de vie diminue de plus de 6% contre une baisse de 3,5% pour celles ayant des revenus élevés. Par ailleurs, les réformes amélioreront légèrement la situation des femmes par rapport à celle des hommes au fil des générations. Aujourd'hui les femmes retraitées perçoivent une pension de droit direct inférieure de 40% à celle des hommes.

Retraite des non-salariés : de fortes disparités

Un retraité sur cinq était non-salarié durant sa vie professionnelle, soit 3,1 millions de personnes affiliées fin 2012 aux régimes des agriculteurs, des professions libérales ou des artisans et commerçants. Parmi elles, huit sur dix sont polypensionnées, et une sur deux a effectué plus de la moitié de sa carrière en tant que salariée, principalement au régime général. Les personnes non-salariées partent en retraite plus tard que l'ensemble des retraités : 61,1 ans en moyenne contre 60,6 ans. Le montant de la pension du régime des non-salariés représente la moitié de leur pension totale. Leur pension de droit direct s'élève, fin 2012, à 1 169 euros par mois tous régimes confondus, dont la moitié est versée au titre d'un travail salarié, contre 1 282 euros pour l'ensemble des retraités. Les pensions de retraites des femmes non salariées sont la moitié de celles des hommes.

En 2014, parmi les retraités anciens non-salariés, plus d'un tiers ont un contrat de retraite supplémentaire. La retraite supplémentaire reste toutefois marginale par rapport à la retraite obligatoire : 150 euros par mois en moyenne pour un contrat « Madelin » et de 90 euros pour un contrat « exploitants agricoles ».



L'ouvrage Solard G. (dir) et al., 2016, *Les retraités et les retraites*, DREES, coll. Panoramas, mai.

- > Senghor H., Tréguier J., 2016, « De fortes disparités entre les pensions de retraite des non-salariés », *Études et Résultats*, DREES, n°987, décembre.
- > Duc C., Martin H., Tréguier J., 2016, « Les réformes des retraites menées entre 2010 et 2015 : effets sur la situation des assurés, les dépenses des régimes et l'équité », *Études et Résultats*, DREES, n°985, décembre.
- > Salembier L., avec la participation de Musiedlak Y., 2016, « Retraite : à 30 ans, les femmes ont validé presque autant de trimestres que les hommes », *Études et Résultats*, DREES, n°980, octobre.
- > Christel Collin, 2016, « La part de la réversion dans la retraite des femmes diminue au fil des générations », *Études et Résultats*, DREES, n°951, février.
- > Duc C., Martin H., Tréguier J., 2016, « Les réformes des retraites de 2010 à 2015 - Une analyse détaillée de l'impact pour les affiliés et pour les régimes », *Les dossiers de la DREES*, n°9, décembre.
- > Aubert P., Kuhn L., Solard G., avec la participation de D'Isanto A., Pollak C., Jess N., 2016, « Invalidité et minima sociaux : quels effets du passage de la retraite de 60 à 62 ans ? », *Les dossiers de la DREES*, n°6, octobre.

Les modes d'accueil des jeunes enfants

La DREES a organisé le 15 novembre 2016 un colloque sur le thème « Petite enfance, regards croisés sur les modes d'accueil des jeunes enfants » ouvert par la ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes. Les politiques familiales, la conciliation entre vies professionnelle et familiale et la formation des professionnels ont été discutés, puis les débats ont convergé sur les questions tenant au développement et au bien-être des enfants.

L'offre d'accueil des assistantes maternelles

Au 1^{er} janvier 2014, la France compte 2,4 millions d'enfants de moins de 3 ans et 4,9 millions d'enfants de moins de 6 ans. Si 61 % des enfants de moins de 3 ans sont gardés par leurs parents, plus de la moitié bénéficient, au moins une fois par semaine, d'un mode d'accueil en dehors de la famille, au premier chef chez les 320 000 assistantes maternelles employées par des particuliers.

Il s'agit d'une population très féminisée et plus âgée que la moyenne des actifs. Elle a vieilli en quinze ans malgré l'augmentation de ses effectifs puisqu'on comptait 264 000 assistantes maternelles employées par les particuliers en 2005. Sous l'action des politiques menées, le nombre d'enfants accueillis par assistante maternelle augmente pour toutes les catégories d'âge, particulièrement pour les enfants qui continuent à être accueillis après 6 ans.



> Villaume S., Virot P., 2016, « Travail à temps complet et jeunes enfants : comment font les couples pour tout concilier ? », *Études et Résultats*, DREES, n°981, octobre.

> Vroylandt T., 2016, « Les assistantes maternelles gardent 8 % d'enfants de plus en 2014 qu'en 2010 », *Études et Résultats*, DREES, n°978, octobre.

> Lhommeau B., participation de Demangeot M., 2016, « Prestations familiales et de logement en 2014 », *Études et Résultats*, DREES, n°967, juin.

> Borderies F., 2016, « L'offre d'accueil des enfants de moins de



3 ans en 2014 : le nombre de places d'assistantes maternelles est prédominant », *Études et Résultats*, DREES, n°966, juin.

> Bonnet C., Garbinti B., Grobon S., 2016, « Accès à la propriété : les inégalités s'accroissent depuis quarante ans », *Études et Résultats*, DREES, n°961, mai.

> Boyer D., Villaume S., 2016, « Les mères seules confient plus souvent leurs enfants de moins de 3 ans aux crèches et aux grands-parents », *Études et Résultats*, DREES, n°960, mai.

> Charavel C., 2016, « Avant et après l'école, qui prend en charge les jeunes enfants scolarisés », *Études et Résultats*, DREES, n°959, avril.

> Legendre É., Lhommeau B., Vincent J., 2016, « Le congé paternité : un droit exercé par sept pères sur dix », *Études et Résultats*, DREES, n°957, mars.

> Villaume S., 2016, « Petites surfaces, surpeuplement, habitat dégradé : des conditions de logement plus difficiles après une séparation », *Études et Résultats*, DREES, n°947, janvier.

> Berthod-Wurmser M., Gonzalez L. (coord.), *Trajectoires résidentielles et politiques du logement, années 2000, n°3-2016, Revue française des affaires sociales*, La Documentation française.

> Borderies F., 2016, « L'offre d'accueil collectif des enfants de moins de 3 ans en 2013 », *Document de travail, Série Statistiques*, DREES, n°199, juillet.



Colloque Petite enfance : regards croisés sur les modes d'accueil des jeunes enfants drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/colloques/article/petite-enfance-regards-croises-sur-les-modes-d-accueil-des-jeunes-enfants

Améliorer la connaissance des ruptures familiales

À la demande du Haut Conseil de la famille, le groupe de travail du CNIS présidé par Claude Thélot propose de développer quatre axes d'études : les transferts financiers entre les ex-conjoints après la rupture ; l'organisation des familles après la rupture ; la variation des niveaux de vie du fait de la rupture ; la situation des veufs et des orphelins. Il propose également de créer une nomenclature des situations familiales et de réaliser une enquête statistique sur l'organisation des familles après une rupture.



Le rapport du CNIS cnis.fr/files/content/sites/Cnis/files/Fichiers/commissions/demographie_et_questions_sociales/2016/documents_preparatoires/DPR_2016_1re_reunion_COM_demographie_rapport_ruptures_familiales.pdf

L'offre d'accueil des personnes en situation de handicap

La conférence nationale du handicap s'est déroulée au Palais de l'Élysée en présence du président de la République le 19 mai 2016. Elle a conduit fin 2016 au lancement d'une stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale pour le polyhandicap, le handicap psychique, les aidants des personnes handicapées et le logement inclusif. La DREES participe à la mise en œuvre de cette stratégie.

L'accompagnement des personnes en situation de handicap par les services médico-sociaux

L'enquête ES-Handicap, menée tous les quatre ans par la DREES auprès des établissements et services médico-sociaux, indique que 157 500 places sont offertes dans 3 760 structures pour enfants et 331 800 places dans 7 480 structures pour adultes fin 2014. Le nombre de places proposées par ces structures a augmenté de 5,6% par rapport à 2010, surtout dans les services, qui se développent depuis une trentaine d'années dans le but d'améliorer la participation sociale des personnes.

Dans les établissements (80% des places), l'accueil de jour est privilégié pour les enfants, l'internat étant plus important pour les adultes.

La majorité du personnel de ces structures exerce des fonctions éducatives, pédagogiques et sociales, 17% des fonctions paramédicales et psychologiques, 15% sont employés dans les services généraux, 14% assurent des fonctions d'encadrement. Le personnel médical en représente moins de 1%.



> Falinower I., 2016, « L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014 », *Études et Résultats*, DREES, n°975, septembre.

> Irace T., Roy D., 2016, « Amendement Creton : 6000 jeunes adultes dans des établissements pour enfants handicapés », *Études et Résultats*, DREES, n°946, janvier.

> Makdessi Y., Outin J.-L. (coord.), Handicap, âge, dépendance : quelles populations, n°4-2016, *Revue française des affaires sociales*, La Documentation française.



Conférence nationale du handicap social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/conference-nationale-du-handicap-cnhd/article/conference-nationale-du-handicap-cnhd_2016

Établissements pour enfants handicapés : 6 000 jeunes adultes y vivent

Depuis 1989, l'amendement Creton permet le maintien temporaire de jeunes handicapés devenus majeurs en établissement pour enfants dans l'attente de places adaptées à leur situation et à leur âge. Fin 2010, 6 000 jeunes sont dans cette situation, soit 5,6% des résidents en établissements pour enfants handicapés. Ils sont souvent lourdement handicapés : 43% d'entre eux ont un retard mental moyen ou profond, 14% sont polyhandicapés et 39% courent un risque vital en l'absence d'une surveillance constante ou d'une aide technique.

L'enquête PHEDRE

L'enquête conduite par la DREES et l'Irdes vise à répondre à deux questions principales autour de la prestation de compensation du handicap (PCH) : évaluer les écarts qui peuvent exister entre les plans notifiés par la Maison départementale des personnes handicapées et ce qui est réellement mis en place par le bénéficiaire ; mesurer le montant des dépenses de compensation du handicap restant à la charge des bénéficiaires de la PCH.



Enquête PHEDRE Prestation de compensation du Handicap : Exécution dans la Durée et Reste à charge cnis.fr/files/content/sites/Cnis/files/Fichiers/commissions/services_publics_services_aux_publics/2016/documents_complementaires/DC_2016_2e_reunion_Com_Serpu_AO_PHEDRE.pdf

Protection sociale : la DREES comptabilise plus d'un tiers du PIB

La DREES publie chaque année les Comptes de la protection sociale en France et en Europe, qui fournissent une estimation des dépenses (736,5 milliards d'euros en 2014 soit 34,4% du PIB) et des recettes (728,6 milliards) de protection sociale et de leur évolution, sur un champ couvrant l'ensemble des régimes et des risques de la protection sociale (santé, vieillesse-survie, famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion sociale). En 2016, elle présente en outre le compte de la dépendance et la dépense de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux.

Le compte de la dépendance

Dans le compte de la dépendance, la DREES évalue à 34,2 milliards d'euros en 2014, soit 1,60% du PIB, le coût supporté par les pouvoirs publics et les ménages pour la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans ou plus. Il s'agit des personnes considérées comme fortement ou moyennement dépendantes. Le compte intègre également certaines dépenses en faveur des personnes peu ou pas dépendantes, lorsqu'elles permettent de lutter contre la perte d'autonomie ou qu'elles aident des personnes hébergées dans des établissements pour personnes âgées dépendantes. Le coût de la dépendance est retracé dans ses trois dimensions principales : santé, aide à la prise en charge de la perte d'autonomie (dimension médico-sociale) et hébergement, qui représentent chacune environ un tiers du coût. Les personnes dépendantes vivant en établissement concentrent 70% du coût de la dépendance soit 23,8 milliards d'euros contre 10,3 milliards d'euros pour celles vivant à domicile. Il s'agit de la composante la plus dynamique depuis 2010.

Les pouvoirs publics (Sécurité sociale, État, collectivités locales) financent 70% du coût de la dépendance. Les ménages en assurent 30%, notamment l'hébergement (72% des dépenses sont financées par les ménages) et, dans une moindre mesure, l'aide à la prise en charge de la perte d'autonomie (20%).

Les dépenses de soins aux personnes en situation de handicap

Les personnes en situation de handicap bénéficient de soins en établissements et services médico-sociaux dont le coût est pris en charge par l'Assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Ces dépenses représentent 9,3 milliards d'euros en 2014. Relativement dynamiques, leur rythme de croissance s'est infléchi à 3,0% par an depuis 2010 contre 4,6% précédemment.

Les deux tiers de ces dépenses, soit 6,2 milliards d'euros, concernent les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés. Les instituts médico-éducatifs accueillant des jeunes atteints de déficience à prédominance intellectuelle regroupent 44,3% de la capacité d'accueil et 45,3% des dépenses. Ils proposent une prise en charge globale : scolaire, éducative et thérapeutique.

Plus de 2,9 milliards d'euros ont été consacrés en 2014 aux établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés. Les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés représentent 80% du montant des dépenses et 60% de la capacité d'accueil. Ces structures continuent à se développer, tout comme les services permettant le maintien des adultes handicapés en milieu ordinaire. Pour les adultes handicapés, les dépenses de soins en établissements sont largement majoritaires par rapport à celles des services (94%).



L'ouvrage Befly M., Roussel R., Solard J., Mikou M., Ferretti C. (dir.), 2016, *La protection sociale en France et en Europe en 2014*, DREES, coll. Panoramas, juin.

> Mikou M., Barnouin T., 2016, « Compte provisoire de la protection sociale : une baisse du déficit en 2015 », *Études et Résultats*, DREES, n°983, novembre.

> Papuchon A., 2016, « Indépendants et salariés du privé : une vision concordante du système de protection sociale », *Études et Résultats*, DREES, n°979, octobre.

> Perron-Bailly É., 2016, « C'était mieux avant... : l'opinion des Français sur leur situation par rapport à celle de leurs parents », *Études et Résultats*, DREES, n°969, juillet.

> Barnouin T., Befly M., Darcillon T., et al., 2016, « Prestations sociales : depuis la crise, une croissance modérée en France et en Europe », *Études et Résultats*, DREES, n°962, juin.

> Barnouin T., Doms A., 2016, « Les prestations sociales de 1981 à 2014 : trois décennies de maîtrise des dépenses de santé et de vieillesse », *Études et Résultats*, DREES, n°949, février.

> Palier B., Roussel R. (coord.), *Stratégies de croissance, emploi et protection sociale*, n°1-2016, *Revue française des affaires sociales*, La Documentation française.





L'observation de la santé

Une ouverture des données de santé maîtrisée

La DREES a participé à la mise en œuvre de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé notamment en pilotant le chantier relatif à l'ouverture des données de santé à des fins de santé publique. D'un côté, la DREES a défini le cadre juridique des accès ainsi que les instances de gouvernance des accès au système national des données de santé (SNDS), qui se prononceront sur l'intérêt public et la qualité scientifique des demandes d'accès. De l'autre, elle assume le pilotage stratégique de la constitution effective du SNDS, dont la gestion est confiée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). L'ouverture du SNDS a eu lieu le 10 avril 2017. Afin de dresser à intervalle régulier un panorama plus complet de l'état de santé de la population en France, la DREES pilote le projet d'intégration d'un échantillon représentatif des données des organismes complémentaires dans le SNDS et travaille à enrichir, avec l'Insee et la CNAMTS, pour un échantillon de personnes, le SNDS par les données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent. La DREES pourra alors mieux éclairer les déterminants de santé et les inégalités sociales de santé.

L'année a été également marquée par le séminaire de recherche de la DREES consacré aux inégalités sociales de santé, leur mesure, leurs déterminants et les actions efficaces pour les réduire. Six séances entre 2015 et 2016 ont permis de discuter notamment des inégalités sociales et territoriales de santé, de la construction des inégalités au cours de la vie, des concepts et méthodes en évaluation, des interventions pour réduire les inégalités sociales de santé. Le séminaire a abouti à un appel à projets de recherche qui reprend les besoins d'éclairage et d'investigation identifiés. Lancé début 2017, il est financé par la DREES et différents partenaires institutionnels.

Mieux connaître les professionnels de santé

Lors de la Grande conférence de la santé du 11 février 2016, la DREES a présenté les principales caractéristiques des 1,9 million de professionnels de santé qui exercent en France, rassemblées dans *Portrait des professionnels de santé*, dans la collection Panoramas de la DREES.



Une grande diversité de situations

Pour toutes les professions de santé, l'insertion sur le marché du travail est en général rapide. Le choix d'un exercice libéral, salarié ou mixte varie fortement selon les métiers : les médecins généralistes exercent majoritairement en libéral à l'inverse des infirmiers, des sages-femmes et des psychomotriciens, principalement salariés. Depuis les années 2000, l'exercice en cabinet de groupe se développe nettement et concerne les deux tiers des médecins libéraux de moins de 40 ans. Ce mode d'exercice progresse aussi pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et orthophonistes.

Les conditions de travail des professionnels de santé, plus difficiles que celles de l'ensemble des salariés, sont plus souvent favorables à l'épanouissement au travail et contrebalancées, notamment à l'hôpital, par l'entraide entre collègues. Les modèles de projections développés par la DREES permettent d'estimer dans les prochaines années une relative stagnation des effectifs des médecins et leur profond renouvellement du fait de nombreux départs en retraite. Les masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et infirmiers devraient, eux, connaître une augmentation de leurs effectifs.



L'ouvrage Barlet M. et Marbot C. (dir.), 2016, *Portrait des professionnels de santé*, DREES, coll. Panoramas, juillet.

> Casteran-Sacreste B., 2016, « Profil des infirmiers en formation en 2014 », *Études et Résultats*, DREES, n°982, novembre.

> Buyck J-F., Lelièvre F., Tuffreau F. *et al.*, 2016, « Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse », *Études et Résultats*, DREES, n°977, octobre.

> Casteran-Sacreste B., 2016, « La formation aux professions de la santé en 2014 », *Document de travail, Série Statistiques*, DREES, n°198, janvier.



La Grande conférence de la santé gouvernement.fr/argumentaire/grande-conference-de-la-sante-3805

Un accès plus ou moins facile selon les territoires

Dans un souci d'égalité d'accès aux soins, la répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire est une préoccupation majeure des politiques de santé. Grâce à l'outil qu'elle a développé, l'accessibilité potentielle localisée (APL), la DREES a établi que, entre 2010 et 2013, les inégalités d'accessibilité géographique aux médecins généralistes, chirurgiens-dentistes et psychiatres libéraux se maintiennent. Elles augmentent légèrement pour les trois autres spécialités en accès direct : gynécologues, pédiatres et ophtalmologues. Les médecins généralistes sont relativement bien répartis sur le territoire, à l'inverse des chirurgiens-dentistes et des médecins spécialistes, notamment ceux du secteur conventionné, les pédiatres et les psychiatres. Plus qu'entre régions, les disparités sont fortes entre types de communes : les grands pôles urbains restent mieux dotés que ceux des communes des périphéries. Paris occupe une situation particulière : la faible accessibilité aux médecins généralistes est contrebalancée par une forte accessibilité aux spécialistes en accès direct.



> Vergier N., 2016, « Accessibilités aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires », *Études et Résultats*, DREES, n°970, juillet.

Un paysage hospitalier varié

Fin 2014, le secteur hospitalier public et privé compte en France 3 111 établissements de statuts très divers. La DREES décrit leurs activités et moyens grâce aux informations fournies par la Statistique annuelle des établissements (SAE) et le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) produit par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Du fait du vieillissement de la population et du développement des pathologies chroniques, leur rôle se transforme : d'un côté, des prises en charge rapides et technicisées, souvent en ambulatoire ; de l'autre, des traitements plus lourds pour des affections de longue durée ou des patients âgés polymédiqués.



Des séjours de plus en plus courts et des alternatives à l'hospitalisation

En 2014, le secteur hospitalier a pris en charge 12 millions de séjours en hospitalisation complète et 15 millions de journées en hospitalisation partielle (soins ambulatoires à l'hôpital). Cette dernière poursuit son développement, notamment en court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique) et en soins de suite et de réadaptation (moyen séjour).

Les alternatives à l'hospitalisation classique se développent. Ainsi, plus de 12 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse sont réalisées en 2014, pour la plupart en ambulatoire, ainsi que 174 000 séjours en hospitalisation à domicile (soit 4% des journées d'hospitalisation complète), qui assure un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville.

50% de séjours en ambulatoire en plus d'ici à 2030

Les projections d'activité hospitalière de court séjour à horizon 2030 suggèrent une rupture de la tendance observée au cours des dernières années. Avec le vieillissement démographique, le développement de la prise en charge ambulatoire et le raccourcissement des durées de séjours en hospitalisation complète, le nombre de journées y diminuerait d'un peu plus de 3 millions et le nombre de séjours en ambulatoire augmenterait de près de 50% en 2030, par rapport à 2012.

En supposant une homogénéisation régionale des taux d'occupation des lits au sein des établissements de santé, les besoins en lits d'hospitalisation complète baisseraient

de 11% en 2030 (20 500 lits en moins). Néanmoins, cette baisse des taux de recours pourrait s'accompagner de besoins accrus dans d'autres secteurs (soins de ville, soins de suite et réadaptation, hospitalisation à domicile), non pris en compte ici.

La Statistique annuelle des établissements en 2016

La SAE, élaborée chaque année par la DREES, est l'une des principales sources de référence du ministère sur les établissements de santé. Elle recueille directement auprès de tous les hôpitaux et cliniques des informations sur leurs capacités, équipements, et personnels médicaux et non médicaux. Pour alléger leur charge de réponse, elle les complète depuis 2014 par les données d'activité du PMSI que lui transmet l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Depuis 2017, les informations d'activité sur les soins de suite et de réadaptation viennent compléter celles relatives à la médecine-chirurgie-obstétrique et à l'hospitalisation à domicile.



La SAE drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae



L'ouvrage Brillhault G. (dir.), 2016, *Les établissements de santé - édition 2016*, DREES, coll. Panoramas, juillet.

> Pradines N., 2016, « Les établissements de santé privés sont davantage fréquentés par les catégories sociales aisées », *Études et Résultats*, DREES, n° 976, septembre.

> Ricoch L., 2016, « Trouver un lit après les urgences : une tâche plus facile pour les petits établissements hospitaliers », *Études et Résultats*, DREES, n° 973, septembre.



De la période périnatale à la période néonatale

Les pratiques médicales autour de la naissance représentent un enjeu majeur de santé publique. Ainsi l'enquête nationale périnatale interroge, depuis 1995 à intervalles réguliers, les femmes après leur accouchement, et les services de maternité.

Mieux connaître l'état de santé des femmes et de leurs nouveau-nés

L'enquête nationale périnatale collecte, le plus souvent grâce aux sages-femmes, des données sur la santé des mères et de leurs enfants, les pratiques médicales et les facteurs de risque. En 2016, elle s'intéresse particulièrement à la prise en charge des femmes en situation de précarité et aux mesures de prévention pendant la grossesse (vaccinations, consommation d'alcool et de tabac, entretien prénatal précoce, etc.). Elle interroge les femmes sur leurs souhaits pour le déroulement de leur accouchement. L'enquête permet de mieux évaluer la charge de travail des professionnels de santé. Les résultats seront publiés fin 2017.

Allaitement

Grâce aux Certificats de santé obligatoires réalisés au huitième jour, aux neuvième et vingt-quatrième mois après la naissance, la DREES montre que, en 2013, 66% des nourrissons sont allaités à la naissance, 30% continuent de l'être à 4 mois et 18% à 6 mois. L'allaitement est plus fréquent parmi les femmes de 30 ans ou plus, diplômées et de catégorie sociale supérieure. Sa pratique est stable depuis une dizaine d'années, après avoir beaucoup progressé depuis les années 1990. Elle est moindre que dans de nombreux pays voisins.



Vilain A., 2016, « Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance », *Études et Résultats*, DREES, n°958, avril.

> Vilain A., 2016, « Les certificats de santé au 8^e jour », *Document de travail, Série Sources et méthodes*, DREES, n°159, décembre.

> Vilain A., 2016, « Les certificats de santé au neuvième mois », *Document de travail, Série Sources et méthodes*, DREES, n°158, novembre.

> Vilain A., 2016, « Les certificats de santé au vingt-quatrième mois », *Document de travail, Série Sources et méthodes*, DREES, n°157, septembre.



L'enquête nationale périnatale drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etat-de-sante-et-recours-aux-soins/article/l-enquete-nationale-perinatale

Mieux repérer la souffrance au travail

Une mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel ou *burn out*, a été créée en mars 2016 par l'Assemblée nationale. Le directeur de la DREES a été auditionné en tant que président délégué de l'Observatoire national du suicide (ONS). Les travaux de l'Observatoire montrent que, par rapport au fait d'être au chômage, l'exercice d'une activité professionnelle a un effet protecteur vis-à-vis du suicide mais que certaines professions présentent un risque particulier (agriculteurs, soignants, surveillants de prison...), ainsi que les personnes souffrant de conditions de travail dégradées. Il est toutefois difficile de comptabiliser le nombre de suicides directement liés à une souffrance au travail et peu de travaux abordent le lien entre épuisement professionnel et suicide. Un groupe de travail de l'ONS piloté par Santé publique France expérimente la possibilité de mettre en place un système de surveillance des suicides, fondé sur les données des instituts de médecine légale, et de repérer les suicides liés au travail.

De façon globale, les enquêtes que conduit la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) permettent d'analyser le lien entre l'exposition des travailleurs à différents risques psychosociaux et la santé mentale, mesurée sous l'angle de la dépression, du bien-être psychique et des comportements suicidaires.



> Bénamouzig D., Ulrich V. (coord.), L'organisation des soins en psychiatrie, *Revue française des affaires sociales*, n°2-2016, La Documentation française.



L'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) *Santé et itinéraire professionnel : contexte et genèse d'une enquête*, Économie et statistique n°486-487, Insee, juillet 2016. insee.fr/fr/statistiques/2110927

La mission d'information sur l'épuisement professionnel [www2.assemblee-nationale.fr/14/commissions-permanentes/commission-des-affaires-sociales/missions-d-information/mission-d-information-sur-l-epuisement-professionnel/\(block\)/32912](http://www2.assemblee-nationale.fr/14/commissions-permanentes/commission-des-affaires-sociales/missions-d-information/mission-d-information-sur-l-epuisement-professionnel/(block)/32912)

Audition de Franck von Lenep à l'assemblée nationale videos.assemblee-nationale.fr/video.4225504_57d7a8f5790f0.syn-drome-d-epuisement-professionnel--auditions-diverses-13-septembre-2016

La santé face au vieillissement

L'augmentation du nombre de personnes âgées en situation de perte d'autonomie constitue une préoccupation notamment en matière de santé et de prise en charge. Plusieurs enquêtes éclairent ces questions : les enquêtes Handicap Santé de 2008 (personnes vivant à domicile) et 2009 (personnes en institutions) réalisées par l'Insee en partenariat avec la DREES et l'enquête de 2011 auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées, réalisée par la DREES.

L'état de santé des personnes âgées dépendantes

Au-delà de 75 ans, une personne sur douze réside en institution en 2009, soit 430 000 personnes dont 77% de femmes. La prise en charge dans un établissement pour personnes âgées est souvent la conséquence de problèmes médicaux, en particulier ceux entraînant une perte d'autonomie.

86% des personnes de 75 ans ou plus résidant en établissement sont dépendantes contre 13% des personnes du même âge vivant à domicile. En institution, elles déclarent plus souvent des limitations fonctionnelles : 45% une limitation sensorielle, même après correction (vue ou audition), 68% des limitations cognitives et 91% des limitations physiques.

Les personnes vivant à domicile déclarent plus souvent des maladies non létales (cataracte, arthrite, scoliose...). À l'inverse, elles sont rarement atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de dépression chronique contre respectivement un tiers et un cinquième des personnes en institution. D'autres maladies graves, comme le cancer, les maladies cardiaques et le diabète, sont autant signalées par les personnes en institution que par celles qui vivent à domicile.



Davantage de pathologies aiguës pour les résidents les plus dépendants en EHPAD

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), c'est-à-dire des maisons de retraite médicalisées, accueillent 573 600 résidents en 2011. Ces résidents cumulent en moyenne huit pathologies. La fréquence des pathologies et leur gravité sont très liées au niveau de dépendance. Ainsi les personnes les plus dépendantes cumulent près de neuf pathologies alors que les personnes peu ou pas dépendantes en cumulent moins de six.

En EHPAD, neuf personnes sur dix sont sujettes à des affections neuropsychiatriques. La moitié des résidents souffrent de syndromes démentiels, dont la maladie d'Alzheimer, 40% d'état dépressif et 35% de troubles chroniques du comportement tels que les incohérences du comportement ou la désorientation spatiotemporelle. Très fréquentes en EHPAD, les affections dermatologiques, gastroentérologiques et uro-néphrologiques ainsi que les troubles de la marche sont des pathologies fortement liées au plus haut degré d'incapacité des résidents. Les pathologies uro-néphrologiques, comme l'in-

continence, concernent ainsi 70% des personnes les plus dépendantes, contre 17% des personnes moins dépendantes. Plus d'un résident sur cinq en EHPAD est dans un état grabataire (confiné au lit) ou en fin de vie.

De 2007 à 2011, la prévalence des pathologies s'est accrue du fait du vieillissement des résidents.

Au moins un résident en EHPAD sur cinq s'est rendu aux urgences en 2011. Les personnes ayant un risque plus élevé de se rendre aux urgences ou de connaître une hospitalisation non programmée sont les plus âgées (90 ans ou plus), les hommes et les personnes dépendantes. Ce risque est plus élevé dans les établissements les moins médicalisés



> Makdessi Y., 2016, « En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës », *Études et Résultats*, DREES, n°989, décembre.

> Calvet L. avec la collaboration de Pradines N., 2016, « État de santé et dépendance des personnes âgées en institution et à domicile », *Études et Résultats*, DREES, n°988, décembre.

> Oberlin P., Mouquet M.-C., 2016, « Quels risques de décès un an après une fracture du col du fémur ? », *Études et Résultats*, DREES, n°948, avril.

La mise en œuvre de la stratégie de santé pour les Outre-mer



Les ministres chargés de la Santé et de l'Outre-mer ont présenté le 25 mai 2016 la stratégie de santé pour les territoires d'outre-mer ainsi qu'une feuille de route adaptée à la spécificité de chaque territoire. La DREES a nourri les réflexions en dressant le panorama de l'état de santé des populations ultramarines, de leurs comportements de santé et de l'offre de soins proposée par les établissements et les professionnels de santé dans ces territoires.

L'état de santé des ultramarins

L'espérance de vie dans les territoires d'outre-mer s'est rapprochée de celle de la métropole au cours des dernières années. Mais la mortalité infantile et périnatale y reste beaucoup plus forte malgré le développement de l'offre de soins et des actions de prévention. En effet, la vulnérabilité de certaines femmes enceintes y est aggravée par la précarité et les pathologies chroniques (hypertension, diabète).

La prévalence de l'obésité et des pathologies associées (diabète, hypertension artérielle, maladies cardio-vasculaires) y est plus élevée qu'en métropole. Le diabète est en progression constante depuis plus de vingt ans dans les territoires d'outre-mer. L'hypertension artérielle est l'une des principales causes de risques vasculaires. Elle est dans les trois départements français d'Amérique l'une des premières causes d'admission en affections de longue durée. Pour les maladies cardio-vasculaires, ces trois départements et La Réunion présentent une mortalité par accidents vasculaires cérébraux élevée. L'insuffisance rénale chronique, particulièrement sa phase terminale, est une charge croissante et accentue l'écart avec la métropole.

L'offre de soins et de prise en charge

Les territoires d'outre-mer souffrent d'un nombre insuffisant de professionnels de santé. La Réunion fait cepen-

dant exception grâce à une présence de médecins généralistes supérieure en proportion à celle de la métropole. L'offre hospitalière, en établissements publics comme privés, n'est pas uniforme dans les territoires d'outre-mer. Les deux CHU des Antilles en lien avec l'hôpital de Cayenne et celui de La Réunion pour l'Océan Indien permettent cependant d'organiser la formation universitaire, de promouvoir la recherche et d'offrir des soins spécialisés. Cependant Mayotte et en partie la Guyane disposent d'une offre hospitalière insuffisante et d'un manque de continuité des filières de soins.

L'environnement et les modes de vie

Le cadre de vie constitue un déterminant clé de la santé. L'approvisionnement en eau potable demeure problématique, toutes les populations des collectivités ultramarines ne disposant pas d'un accès continu et sûr à l'eau potable, ni à un dispositif d'assainissement adapté. Il subsiste un parc d'habitat insalubre relativement important. La pollution environnementale, notamment celle des sols par le chlordécone aux Antilles, le mercure ou le plomb en Guyane, créent des risques pour la santé des populations.



La stratégie de santé pour les Outre-mer ars.ocean-indien.sante.fr/Strategie-de-sante-pour-les-Ou.192045.0.html

Les inégalités sociales de santé : comment les appréhender ?

La France fait partie des pays d'Europe occidentale où les inégalités sociales de santé sont les plus élevées. Malgré une amélioration de l'état de santé de la population au fil du temps, ces inégalités persistent. Pour appréhender ces questions, la DREES a organisé de juin 2015 à juin 2016 un séminaire de réflexion animé par le professeur Thierry Lang de l'Université de Toulouse et qui a réuni de multiples acteurs (chercheurs, professionnels de santé, élus, représentants de différents ministères, etc.). Ses conclusions nourriront un appel à projets de recherche cofinancé par la DREES.

La construction biologique des inégalités sociales de santé

Plusieurs travaux présentés lors du séminaire laissent penser que les inégalités sociales de santé se construisent de façon précoce et peuvent s'hériter. Elles prennent racine dans les périodes de la vie où les systèmes biologiques sont plus sensibles à l'environnement physique, chimique, social et psychologique. L'approche par l'« épémiologie biographique » considère que l'enfant a une plasticité cérébrale plus élevée, ce qui le dispose à intégrer biologiquement le « milieu » dans lequel il vit. Ces travaux incitent à une vigilance accrue de la grossesse à la petite enfance et ouvrent des perspectives pour comprendre les interactions entre l'état de santé et l'environnement tout au long de la vie.

Améliorer la coordination des acteurs et des actions en matière de santé

Pour d'autres intervenants, la réduction des inégalités sociales de santé repose sur de nombreuses politiques publiques qui agissent chacune sur les différents déterminants sociaux de la santé (services sanitaires et sociaux, transport, logement, travail, éducation...), qu'il serait souhaitable de faire converger, notamment en décloisonnant les régulations de la santé au travail, de la santé scolaire, de la santé en population générale et au niveau local, en coordonnant mieux les services des différents

ministères et les secteurs sanitaire, médico-social et social. Par ailleurs, bien que les expérimentations locales soient nombreuses, il conviendrait d'en développer les évaluations afin d'en comprendre les facteurs de succès et d'y associer des chercheurs, des acteurs locaux et des élus.

La participation active des patients, des citoyens et des experts est également une dynamique à développer pour renforcer l'efficacité des politiques publiques.

Soutenir les recherches sur le rôle du système de soins

Le rôle de notre système de soins dans l'aggravation ou la résorption des inégalités sociales et territoriales gagne à être étudié. Il existe en effet des disparités entre groupes sociaux et entre territoires dans l'accès aux soins, la prévention des risques ainsi qu'à tous les niveaux de la prise en charge (traitement et suivi). Des recherches autour des conditions dans lesquelles la e-santé ou la télémédecine pourraient participer à la réduction des inégalités sont également intéressantes à explorer, à condition de tenir compte des différences d'adaptation au numérique de chaque usager. En effet, les nouvelles technologies peuvent accroître les inégalités sociales de santé ou susciter de nouvelles exclusions.

À paraître en 2017 « Les inégalités sociales de santé », Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016



Le secteur de la complémentaire santé

En France, l'assurance maladie obligatoire couvre une partie des dépenses de santé, variable selon le type de soins. Pour bénéficier de meilleurs remboursements, la quasi-totalité des patients souscrivent une complémentaire santé. En 2016, la DREES a publié un ouvrage consacré à ce secteur important. Celui-ci couvre en effet 95% de la population et 13,5% des dépenses de santé (soins et biens médicaux). Il connaît depuis quelques années de nombreux bouleversements et un large mouvement de concentration, du fait du renforcement des critères de solvabilité et de la concurrence entre organismes.

Les acteurs

Un contrat d'assurance complémentaire santé, qu'il soit individuel ou collectif, peut être souscrit auprès de trois types d'organismes : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. Les mutuelles, qui collectent 53% des cotisations, sont le principal acteur du secteur. Elles sont surtout actives sur le marché de l'assurance individuelle (69% de leurs bénéficiaires) et ont la part la plus élevée de bénéficiaires de 60 ans ou plus (29%). Depuis quinze ans, le nombre de mutuelles a été divisé par trois. Dans le même temps, le poids des sociétés d'assurance, deuxième acteur, a fortement progressé (28% des cotisations en 2014 contre 19% en 2001). Les institutions de prévoyance (19% des cotisations), organismes paritaires à but non lucratif, gèrent essentiellement des contrats collectifs, c'est-à-dire conclus par les employeurs pour leurs salariés. Leur nombre a été divisé par deux depuis 2001.

La couverture

En France, la couverture santé privée est quasi universelle : 54% de la population a souscrit un contrat individuel et 35% un contrat collectif au sein de son entreprise. Par ailleurs, deux dispositifs existent en faveur des plus modestes : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS). La CMU-C offre l'accès gratuit à une protection complémentaire de santé à 6,8% de la population métropolitaine en 2014. L'ACS est une aide financière à l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire individuel. Presque un million de personnes en

sont bénéficiaires en 2014. Dispensées de l'avance des frais, elles bénéficient depuis 2013 de tarifs sans dépassement d'honoraires.

Les risques couverts par poste de soins

La part des organismes complémentaires (OC) dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux a augmenté. De 12,8% en 2006, elle est passée à 13,5% en 2014. Cette part varie selon les postes de soins. Pour les biens médicaux (optique, orthèses, prothèses, véhicules pour personnes handicapées physiques, petits matériels et pansements), les OC financent 38,9% des dépenses. Pour les soins de ville (soins de médecins, d'auxiliaires, soins dentaires et dépenses de laboratoire), ils couvrent 21,7% du financement et, pour le médicament, 13,7%. La participation des OC aux soins hospitaliers, très fortement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, est plus réduite (5,3%).



L'ouvrage Barlet M., Befy M., Raynaud D. (dir.), 2016, *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*, édition 2016, DREES, coll. Panoramas, juin.

> Leduc A., Montaut A., 2016, « Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels », *Études et Résultats*, DREES, n°972, septembre.

> Montaut A., 2016, « Santé, retraite, décès... : un tiers du marché de l'assurance privée couvre des risques sociaux », *Études et Résultats*, DREES, n°963, juin.

> Montaut A., 2016, « Assurance complémentaire santé : les contrats collectifs gagnent du terrain », *Études et Résultats*, DREES, n°952, février.



Les dépenses de santé : 9% du PIB

La DREES publie chaque année les Comptes nationaux de la santé. Ils évaluent la dépense courante de santé (DCS) et la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), ainsi que leur financement. La CSBM recouvre les soins hospitaliers, les soins de ville, les médicaments, les transports de malades et les autres biens médicaux. La DCS intègre en plus, les soins de longue durée, les indemnités journalières, la prévention, la recherche et les coûts de gestion. La CSBM est évaluée à 194,6 milliards d'euros en 2015, soit 2 900 € par habitant. Elle progresse de 1,8% en euros courants en 2015, un peu moins vite que le PIB (+1,9%), contrairement aux trois années précédentes.

Le périmètre de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) est plus large. En 2014, en France, la DCSi s'établit à 11,1% du PIB, soit un niveau très proche de ceux de la Suède, de l'Allemagne et des Pays-Bas et nettement moins que celui des États-Unis (16,6% du PIB).

Une nouvelle baisse du reste à charge

La CSBM est financée à 76,8% par la Sécurité sociale. Dans un contexte de vieillissement de la population et de progrès technologique toujours accrus, cette part continue de progresser, de 0,2 point entre 2014 et 2015.

La part des organismes complémentaires diminue pour la deuxième année consécutive (-0,3 point en deux ans). Elle est de 13,3% de la dépense en 2015.

La part du reste à charge des ménages dans la CSBM baisse pour la quatrième année consécutive en 2015 (-0,9 point en quatre ans) et s'établit à 8,4%. En 2014, au sein de l'UE 15, la France est le pays où le reste à charge des ménages est le plus limité : 7% de la DCSi contre 15% en moyenne UE 15.

La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont deux dispositifs qui visent à améliorer la couverture santé des publics les plus susceptibles de

renoncer aux soins pour des raisons financières. Ils ne concernent que les personnes aux revenus les plus modestes. En moyenne, la CMU-C représente un gain de 440 euros par an et par bénéficiaire, l'ACS un gain de 290 euros.

En 2014, 5,5 millions de personnes sont bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS en France métropolitaine. Ces deux dispositifs, qui représentent 9% des revenus des bénéficiaires aux niveaux de vie les plus faibles, réduisent les inégalités de manière significative, mais cet effet serait amplifié si toutes les personnes éligibles y avaient recours.



L'ouvrage Beffy M., Roussel R., Solard J., Mikou M., et al., (dir.), 2016, *Les dépenses de santé en 2015 - édition 2016*, DREES, coll. Panoramas, juin.

> Bureau de l'analyse des comptes sociaux et mission internationale, 2016, « Dépenses de santé : une nouvelle baisse du reste à charge des ménages en 2015 », *Études et Résultats*, DREES, n°971, septembre.

> Sireyjol A., 2016, « La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes », *Les dossiers de la DREES*, n°7, octobre.

Les dépenses de prévention

La DREES évalue les dépenses de prévention à 15,1 milliards d'euros en 2014 : 5,8 milliards pour la prévention institutionnelle et 9,3 milliards au sein de la CSBM.

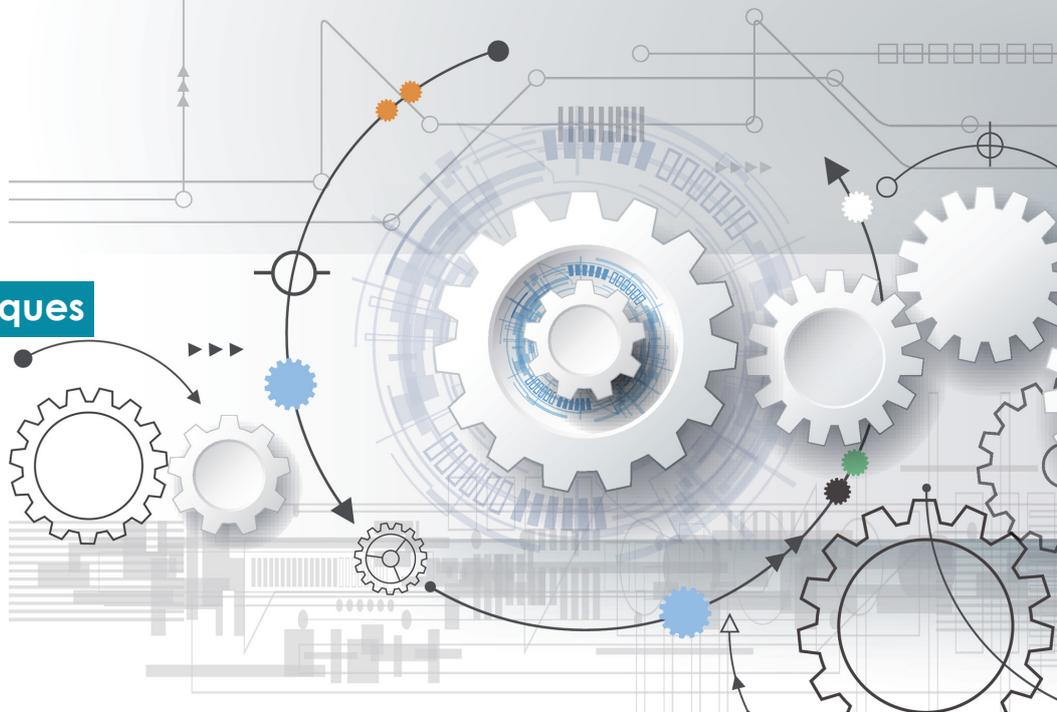
La prévention institutionnelle recouvre notamment la médecine du travail, la protection maternelle et infantile, les actions de dépistage ainsi que la prévention collective : information et éducation à la santé, sécurité sanitaire de l'alimentation, lutte contre la pollution...

Les dépenses de prévention représentent 4,8% de la CSBM. Parmi elles, la consommation de médicaments à titre préventif occupe la place la plus importante (45%, soit 4,2 milliards d'euros), suivie des consultations, des visites et actes réalisés par les médecins (25%), par les dentistes (9%) et les analyses de biologie (14%).

Les dépenses totales de prévention ont diminué légèrement entre 2012 et 2014. Ce recul est porté par la baisse des coûts des dépenses de biologie et de médicaments. Celles de médicaments ont diminué de 7,0% par an entre 2012 et 2014, en raison de la production de génériques pour certains traitements, de la baisse de la consommation des pilules contraceptives de troisième et quatrième générations et des ventes de produits anti-tabac.



> Grangier J., Guibert G., 2016, « Une estimation partielle des dépenses de prévention sanitaire », in *Les dépenses de santé en 2015 - édition 2016*, DREES, coll. Panoramas, juin.



Des outils pour éclairer et

Les modèles de microsimulation

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 d'évaluer l'effet budgétaire et redistributif de réformes (déjà mises en œuvre ou en discussion) et celui des prestations sociales et des prélèvements : prestations familiales, allocations logement, minima sociaux, prime d'activité, cotisations et contributions sociales, impôt sur le revenu... La DREES l'utilise pour estimer le taux de non-recours à la CMU-C et l'Insee pour donner une estimation précoce de l'évolution du taux de pauvreté en France.

En 2016, la DREES et l'Insee ont également montré que les réformes des prestations et prélèvements de 2015 ont opéré une redistribution des revenus des 30% des ménages les plus aisés vers le reste de la population et notamment les plus modestes. Ils ont rendu public le code source du modèle, désormais accessible aux chercheurs.

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), du décès... et, grâce à l'enquête EHPA, des données sur les établissements : statut public ou privé, tarifs dépendance et hébergement... La DREES a ainsi pu analyser le reste à charge des personnes âgées dépendantes pour le débat national sur

la dépendance de 2011, et réaliser des projections de dépenses liées à la dépendance à long terme. En 2016, elle estime le reste à charge des bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement.

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...), ainsi que les comportements de départ à la retraite, selon une législation dont les éléments 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 française d'âge actif et couvrant la quasi-totalité des 70 caisses de retraite.

Il permet d'évaluer les effets des réformes des retraites, ou de projets de réforme, 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. Ainsi, la DREES a pu analyser en 2016 les conséquences des réformes engagées entre 2010 et 2015 sur la situation des assurés, les dépenses des régimes et l'équité.

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 avec le modèle INES, il permet des études de la redistribution.

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

évaluer les politiques publiques



Les travaux d'évaluation

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.

La mission Sirugue

Le Premier ministre a confié en octobre 2015 une mission au député Christophe Sirugue en vue de simplifier les minima sociaux, de les rendre plus efficaces, plus équitables, d'améliorer l'accès aux droits et l'efficacité des politiques d'insertion. La DREES a participé à certains des travaux d'évolution des minima sociaux proposés dans le rapport rendu par Christophe Sirugue en avril 2016, en particulier sur l'ouverture du RSA aux jeunes, ou plus généralement sur le scénario de refonte des minima sociaux.

PAERPA

Le ministère a lancé en 2014 une expérimentation dite parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) dans neuf territoires, qui vise à limiter leurs hospitalisations et passages aux urgences et à préparer la sortie de l'hôpital, le retour au domicile ou à l'EHPAD. Son évaluation, pilotée par la DREES, comporte trois volets : la montée en charge des dispositifs au fil du temps, les facteurs de réussite ou d'échec de ceux-ci (EHESP-Mines Paris Tech), les impacts en termes d'efficacité et de qualité des soins des personnes âgées (Irdes). La DREES publiera un rapport d'évaluation en 2017.

La DREES pilote également l'évaluation de l'expérimentation relative à l'insuffisance rénale chronique qui teste de nouvelles organisations des parcours des patients.

Des nouveaux outils

En 2016, la DREES a mis en place ou préparé de nouveaux outils d'observation et d'évaluation. Ainsi l'enquête trimestrielle sur l'allocation personnalisée d'autonomie permettra de suivre, à compter de 2017, la montée en

charge de cette allocation réformée. L'enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise, qui sera lancée en 2017, mesurera un an après son entrée en vigueur la mise en œuvre de l'obligation faite aux entreprises de proposer à leurs salariés une couverture complémentaire en santé. En 2016, la DREES a préparé l'enquête qualitative sur les ruptures familiales de 2017 et l'enquête PHEDRE 2017-2019 afin de mesurer le degré de mise en place des plans d'aide de la prestation de compensation du handicap et le reste à charge pour les familles.

Une expérimentation « Rendez-vous des droits élargi » contre le non-recours aux prestations sociales

Dans le cadre d'une expérimentation, financée par le ministère des Affaires sociales et la Commission européenne, 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, proposent le « Rendez-vous des droits » de la CNAF à certains demandeurs d'emploi à faibles ressources ou en fin de droits. Un entretien leur sera donc proposé selon différents formats de courrier afin d'établir les aides dont ils pourraient bénéficier. Une évaluation de ce dispositif permettra de mesurer l'effet de cet entretien sur l'ouverture des droits. En 2016, un exercice pilote a été réalisé afin de mesurer le taux de passation des rendez-vous proposés aux allocataires de Pôle Emploi et de valider les modalités pratiques de l'expérimentation grandeur réelle qui sera sur le terrain en septembre 2017.

Les publications, la diffusion,
la communication

Valoriser les travaux de la DREES

71 publications

44 Études et Résultats

11 Dossiers de la DREES

7 ouvrages de la collection Panoramas

9 Documents de travail

+

2 colloques

13 communiqués de presse

+

data.drees

drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/data-drees/

La Revue française des affaires sociales a 70 ans

Il y a soixante-dix ans paraissait le numéro 1 de la *Revue française du Travail* qui deviendra en 1967 la *Revue française des Affaires Sociales* (RFAS). Interface entre le milieu de la recherche et celui de l'administration, la revue organise régulièrement des séminaires de recherche pour prolonger ou anticiper les thématiques de ses dossiers. Depuis 2016, elle offre aux lecteurs une nouvelle maquette qui marque sa vitalité.

Quel avenir pour l'Europe sociale dans le contexte du retour des nations ?

Dans la lignée de son numéro de juillet-septembre 2015 consacré à la crise de la zone euro, la RFAS et le Conservatoire national des arts et métiers ont organisé le 24 novembre 2016 un séminaire international sur l'avenir de l'Europe sociale dans le contexte du retour des nations. Il a permis de discuter des transformations qui affectent les piliers de l'intégration-construction européenne (crises financière, économique et migratoire, remaniements institutionnels et politiques, évolution de la jurisprudence, montée des populismes, Brexit) et l'avenir des politiques sociales des États membres et de l'Union. Une publication reprenant ces travaux à la lumière des élections prévues cette année en Europe (Italie, France, Autriche Royaume-Uni, Allemagne) est prévue pour début 2018.

 [Le séminaire culture.cnam.fr/novembre/quel-avenir-pour-l-europe-sociale-dans-le-contexte-du-retour-des-nations--857665.kjsp](http://culture.cnam.fr/novembre/quel-avenir-pour-l-europe-sociale-dans-le-contexte-du-retour-des-nations--857665.kjsp)

[La news letter drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/revue-francaise-des-affaires-sociales/newsletter/](http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/revue-francaise-des-affaires-sociales/newsletter/)

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. Depuis 2016, son directeur assure la fonction d'administrateur des données de santé.

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 (CNAMTS, CNAF, CNAV, Acoss).

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 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), 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 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 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 ADEL 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 dans l'ensemble des ministères sociaux.

Sigles utilisés

Acoss Agence centrale des organismes de Sécurité sociale

ACS Aide au paiement d'une complémentaire santé

ALD Affection longue durée

APA Allocation personnalisée d'autonomie

APL Accessibilité potentielle localisée

ARS Agence régionale de santé

ASE Aide sociale à l'enfance

ATIH Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CEREES Comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé

CHU Centre hospitalier universitaire

CNAMTS Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNAF Caisse nationale des allocations familiales

CNAV Caisse nationale d'assurance vieillesse

CNIS Conseil national de l'information statistique

CNIL Commission nationale de l'informatique et des libertés

CMU-C Couverture maladie universelle complémentaire

COR Conseil d'orientation des retraites

CSBM Consommation de soins et de biens médicaux

DCS Dépense courante de santé

DCSj Dépense courante de santé au sens international

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

EHPAD Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP Équivalent temps plein

GIR Groupes iso-ressources

HCF Haut conseil de la famille

INDS Institut national des données de santé

Inserm Institut national de la santé et de la recherche médicale

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

IVG Interruption volontaire de grossesse

MCO Médecine chirurgie obstétrique

OC Organismes complémentaires

ONS Observatoire national du suicide

OCDE Organisation de coopération et de développement économiques

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

PCH Prestation de compensation du handicap

PHEDRE Prestation de compensation du handicap, exécution dans la durée et reste à charge

PMSI Programme de médicalisation des systèmes d'information

RFAS Revue française des affaires sociales

RSA Revenu de solidarité active

SAE Statistique annuelle des établissements

SNDS Système national des données de santé

Directeur de la publication Jean-Louis Lhéritier

Rédaction Patrick Aubert, Magali Befy, Nathalie Fourcade, Elisabeth Hini, Jean-Louis Lhéritier

Relecture Fabienne Brifault **Mise en ligne** Chaouki Titouhi

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 > deuxième de couverture, pp. 1 et 2 © Jacky d. Frenoy/Dicom > p. 4 © monsitj > p. 5 © goir > p. 6 © seb_ra et © AdamGregor > p. 7 © sjenner13 > p. 8 et 9 © Rawpixel > p. 10 © Drimafilm > p. 11 Wavebreakmedia > p. 12 © monkeybusinessimages > p. 13 © Ljupco > p. 14 © asmakar > p. 15 © Andrey_Kuzmin > p. 16 © Ingaga > p. 18 et 19 © megaflopp > p. 20 © monkeybusinessimages > p. 21 © AdrianHancu > p. 22 © runzelkorn > p. 23 © lisafx > p. 24 © Orhideia > p. 25 © aarrows > p. 26 © Kamaga > p. 28 et 29 © Nongkran_ch

Impression Dicom n° 17044

DREES - ORGANIGRAMME

