

DREES

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

Rapport d'activité 2017



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL

MINISTÈRE
DE L'ACTION ET DES
COMPTES PUBLICS



10 avril 2018
Séminaire
DREES



Sommaire

Le mot du directeur	2-3
Faits marquants	
Les pratiques des médecins généralistes et leur rôle dans les échanges ville-hôpital	4
Santé des mères et des nouveau-nés : expériences autour de la naissance	5
Les conditions de vie des personnes âgées en perte d'autonomie	6
Enjeux éthiques de la prévention du suicide à l'adolescence	7
L'observation de la santé	8-9
Inégalités sociales de santé toujours marquées	10
Espérance de vie sans incapacité à 65 ans : 10,6 ans pour les femmes et 9,7 ans pour les hommes	11
33 % des personnes âgées de 75 ans ou plus prennent plus de 10 médicaments par jour	12
Personnes âgées aux urgences, une prise en charge particulière	13
Répartition territoriale des médecins - Qualité des soins	14
Médecins, chirurgiens dentistes, quel panorama à l'horizon 2040 ?	15
Assurance maladie et complémentaire santé : la solidarité du système français	16
Des facteurs démographiques à l'origine de la moitié de la hausse des dépenses de santé	17
L'observation de la solidarité	18-19
Caractéristiques des bénéficiaires de minima sociaux	20
Aide sociale départementale : une croissance ralentie en 2016	21
L'effort social en faveur des personnes handicapées progresse	22
Accueil et séjours des personnes âgées en établissements	23
Retraités : une grande diversité de situations	24
Mode d'accueil des jeunes enfants : une pluralité d'offres	25
Les Français sont attachés à leur système de protection sociale	26
La France consacre 32 % de son PIB aux prestations sociales	27
Accompagnement des politiques publiques	28-29
Eclairages	30-31
Organigramme	32

Innovier pour accroître la valeur de nos productions et de notre accompagnement des politiques publiques



Jean-Marc Aubert, directeur de la DREES

Depuis que j'ai rejoint la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) à l'automne 2017, j'ai pu me rendre compte combien l'année 2017 a été riche en matière de publications, de séminaires, de réalisations d'études, d'enquêtes et de participations aux travaux de nombreuses instances en France et au niveau international. Je remercie l'ensemble des collaborateurs de la DREES pour leur engagement, essentiel pour réussir à produire tous ces travaux.

Le rapport d'activité donne l'occasion de dresser un panorama, qui est loin d'être exhaustif. À la DREES, 170 femmes et hommes œuvrent chaque jour à l'accomplissement de notre double mission de service statistique ministériel apportant des informations pour éclairer nos concitoyens et enrichir le débat public, et de direction du ministère des Solidarités et de la Santé en charge de l'évaluation et de la réalisation d'analyses pour éclairer et accompagner la prise de décision.

Notre champ d'observation est vaste. Il couvre quasiment l'intégralité de la population française. Plus de 15 % de la population active y travaille. Les dépenses publiques que la DREES évalue constituent 60 % des dépenses publiques françaises et représentent près d'un tiers de la richesse produite.

C'est pourquoi il est difficile d'en faire une synthèse. Je préfère plutôt mettre en avant quelques productions qui ont marqué cette année 2017.

De nouvelles productions statistiques en 2017

Nos productions statistiques ont été complétées en 2017 par de nombreuses opérations : l'enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise qui permettra de dresser un bilan de la généralisation de la couverture d'entreprise à l'ensemble des salariés du secteur privé par l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 ; l'enquête bisannuelle auprès des organismes offrant une complémentaire santé dont le champ a été élargi en 2017 aux sur-complémentaires ; une nouvelle vague de l'échan-

tillon interrégimes de retraités (EIR), dont le champ s'élargit pour la première fois à l'ensemble des bénéficiaires de pensions d'invalidité ; la collecte de données administratives individuelles auprès des conseils départementaux et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), dans le cadre du dispositif d'enquête PHEDRE sur les plans d'aide de la prestation de compensation du handicap, en partenariat avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ; l'enquête auprès des établissements et services accueillant des adultes en difficulté sociale ; l'enquête triennale sur les motivations de départ à la retraite, enrichie d'un nouveau module sur la perception de contraintes ou au contraire d'une liberté de choix du départ à la retraite par les nouveaux pensionnés.

De très nombreuses études ont été publiées en 2017, alimentant le débat public. Par exemple, grâce aux résultats de l'enquête nationale sur la périnatalité, la DREES et l'Inserm ont fait le point sur la santé des nouveau-nés et des mères et sur la situation des maternités. La DREES a publié les premiers résultats de l'enquête CARE sur les personnes âgées vivant à domicile et ceux de l'enquête auprès des établissements d'hébergement des personnes âgées. Les premiers résultats de l'enquête sur les motivations de départ à la retraite ont permis de mieux connaître la façon dont les nouveaux retraités se représentent le système de retraite, et ce, un an avant le lancement d'une réforme en profondeur de ce système. Nous avons dressé un état des lieux des actions sociales me-

nées par les communes et les intercommunalités. Notre collection des Panoramas de la DREES s'est enrichie d'un nouvel ouvrage consacré à « L'aide et l'action sociales ». L'année 2017 a été aussi marquée par de nombreuses améliorations méthodologiques en matière de comptes et par la préparation du troisième rapport de l'Observatoire national du suicide qu'anime la DREES. Ce rapport publié début 2018 porte notamment sur les questions éthiques soulevées par la prévention du suicide

L'éclairage des politiques publiques et l'aide à la décision

L'année 2017 a été une année d'élections présidentielle et législative. Ce moment a été l'occasion de rédiger des synthèses des principaux travaux de la DREES pour illustrer certains éléments marquants dans nos domaines d'études et montrer la richesse de nos productions statistiques.

La DREES a participé à la préparation de plusieurs projets du ministère, que ce soit en matière d'évaluation, d'expertise ou de simulation. Ainsi, un indicateur développé par la DREES, l'accessibilité potentielle localisée (APL) qui permet de mesurer l'offre médicale accessible dans les territoires, a été mobilisé dans le cadre du plan d'accès aux soins pour repérer les zones les moins bien dotées afin d'y renforcer l'offre médicale. Nous avons réalisé de nombreuses simulations dans le cadre des politiques sociales, que ce soit pour la lutte contre la pauvreté, la prime d'activité, la simplification des prestations ou la réforme future des régimes de retraite par exemple. Par ailleurs, la DREES a poursuivi ses activités sur la gou-

vernance des données de santé. L'année 2017 a été très riche avec la poursuite de la création du cadre réglementaire, l'installation de l'Institut national des données de santé qui a permis de traiter les premières demandes d'accès en deux mois et la participation à l'écriture de la loi relative à la protection des données personnelles pour la mise en place du règlement général sur la protection des données.

Enfin, l'année 2017 a permis à la DREES de poursuivre ses innovations notamment autour du big data et des nouvelles techniques d'analyse. Des séminaires et des formations ont été organisés et nous avons acquis un serveur visant à traiter des données massives. La réflexion autour des usages des nouveaux logiciels et de l'amélioration des outils s'est poursuivie.

L'innovation au cœur de notre prospective

Faire le point sur l'activité d'une année ne sert pas uniquement à se féliciter sur tout ce qui a été accompli mais aussi à se projeter dans l'avenir. L'innovation sera au cœur des prochaines années de la DREES. Il s'agira de développer encore la qualité de nos enquêtes et opérations statistiques et de réaliser de nouvelles études. Nous démultiplierons nos sources de données et appariements, développerons des outils, services et méthodes d'analyse originaux. Nous adapterons nos moyens de communication.

L'innovation continue est le moyen d'accroître la valeur de nos productions pour informer nos concitoyens et éclairer la décision politique. L'année 2017 a été un bon cru. Nous essayerons de faire encore mieux en 2018 et après.

L'aide et l'action sociale en France un nouvel ouvrage de la collection Panoramas

Dans son ouvrage consacré à « L'aide et l'action sociales en France », la DREES présente pour la première fois le panorama complet des prestations délivrées au titre de la solidarité en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes en situation de handicap, pour la protection de l'enfance et pour l'insertion.

Composé d'une vue d'ensemble et de 22 fiches, cet ouvrage mobilise résultats et analyses issus notamment des enquêtes Aide sociale menées chaque année par la DREES auprès des conseils départementaux qui, depuis la décentralisation du début des années 1980, sont les acteurs majeurs de ces politiques.

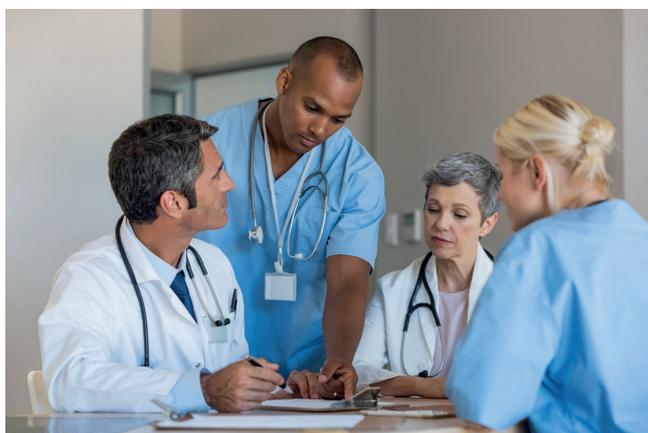
Dans le budget des départements, 64 % des dépenses de fonctionnement sont consacrées à l'aide sociale. En 2015, les départements délivrent 4,3 millions de prestations à destination des personnes âgées, des personnes handicapées, pour l'enfance protégée et l'insertion, couvrant au total 6,5 % de la population française. La dépense annuelle d'aide sociale est de 33 milliards d'euros soit 550 euros en moyenne par habitant.

❑❑❑ Leroux, I. (dir.), (2017). *L'aide et l'action sociales en France*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.



Les pratiques des médecins généralistes et leur rôle dans les échanges ville-hôpital

Le 9 novembre 2017, le colloque « Pratiques et conditions d'exercice des médecins généralistes » s'est tenu à l'Académie nationale de médecine pour présenter les résultats et enseignements du 3^e Panel de médecins généralistes. Ces enquêtes résultent d'un travail partenarial entre la DREES, les Observatoires régionaux de santé, les Unions régionales de professionnels de santé - médecins libéraux des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, et l'École d'économie d'Aix-Marseille. Les discussions ont porté sur quatre thèmes.



L'accompagnement des patients en situation de vulnérabilité sociale

Le repérage de ces personnes est complexe et les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur prise en charge sont notamment la multimorbidité, les problèmes d'observance des traitements et la durée plus longue des consultations. Par ailleurs, plus d'un médecin généraliste sur deux ne se sent pas suffisamment formé, notamment à la coordination entre le suivi médical et l'accompagnement social.

Spécialisations informelles : exemples de la gynéco-obstétrique et de la sexologie

Ce volet du Panel montre comment les médecins généralistes adaptent leurs pratiques à leur environnement (notamment selon la densité en médecins d'une spécialité donnée), par exemple en prenant en charge le suivi gynécologique et de grossesse de leurs patientes ou en développant des compétences en sexologie, ce qui pose notamment la question de l'adaptation de leur formation.

Chiffre clé

Cancer :
au moment de l'annonce
du diagnostic, seuls

31 %

des médecins généralistes
disposent d'une information
complète sur la pathologie
de leurs patients

Cancer : rôle des médecins généralistes dans les échanges ville-hôpital

Le médecin généraliste est un maillon essentiel pour assurer la continuité de la prise en charge des personnes atteintes de cancer. Très impliqués dans le suivi à long terme des patients, la plupart d'entre eux sont peu formés en oncologie et ne disposent pas d'informations suffisantes en provenance des hôpitaux ou des médecins spécialistes. Ainsi au moment du diagnostic, seuls 31 % des médecins généralistes ont une information complète sur la pathologie de leur patient telle qu'elle est recommandée par le plan Cancer.

Densité médicale : effets sur l'offre en soins de premiers recours et les pratiques

Les médecins installés dans les zones les moins dotées effectuent plus d'actes (+12 %) et passent plus de temps en consultation (+7 %). On note une quasi-absence d'effet sur la qualité des pratiques, mesurée par les indicateurs de rémunération par objectif de santé publique, mais un suivi moins régulier pour certains actes et des temps de formation en moyenne plus restreints que la moyenne de leurs collègues.

❑ Carrier, H., Zaytseva, A., Bocquier, A. et al., (2017, octobre). Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes. DREES, *Études et Résultats*, 1036.

❑ Rey, D., Lescher, S., Paraponaris, A. et al., (2017, octobre). Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital. DREES, *Études et Résultats*, 1034.

❑ Verger, P., Bocquier, A., Bournot, M.-C. et al., (2017, Juillet-septembre). Le panel de médecins généralistes de ville : éclairages sur les enjeux de la médecine de premier recours d'aujourd'hui. La Documentation française. *Revue française des affaires sociales*, 3, (pp. 213-235).

❑ Colloque *Pratiques et conditions d'exercice des médecins généralistes* (2017, novembre). drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/colloques/article/pratiques-et-conditions-d-exercice-des-medecins-generalistes

Santé des mères et des nouveau-nés : expériences autour de la naissance

Conduite en mars 2016 par l'Inserm et la DREES, la cinquième édition de l'Enquête nationale périnatale réalisée dans les 517 maternités de France a interrogé les chefs de service et plus de 14 000 femmes au moment de l'accouchement. Elle fournit des informations relatives à la santé des femmes et de leurs nouveau-nés, aux pratiques médicales dans les maternités et à l'accompagnement pré et postnatal.



Certains facteurs de risques ont augmenté en 2016

Alors que les risques pour la mère et l'enfant augmentent de manière sensible avec l'âge, 21 % des grossesses concernent des femmes de plus de 35 ans en 2016 contre 19 % en 2010.

La consommation de tabac durant la grossesse reste constante au fil des années. En 2016, 17 % des femmes ont fumé quotidiennement au moins une cigarette au troisième trimestre de leur grossesse. L'augmentation du surpoids et de l'obésité demeure préoccupante : 20 % des femmes sont en surpoids en 2016 et près de 12 % obèses (17 % et 10 % en 2010).

Seules 7 % des femmes enceintes sont vaccinées contre la grippe, alors qu'elles risquent des complications si elles contractent cette maladie. L'allaitement maternel exclusif durant le séjour à la maternité a diminué de manière significative, passant de 60 % en 2010 à 52 % en 2016.

Plusieurs indicateurs de santé périnatale se sont dégradés. Le taux de prématurés augmente depuis dix ans (6 % en 2016 contre 4,5 % en 1995), tout comme la proportion d'enfants de faible poids.

La qualité de la prise en charge a progressé

En 2016, les accouchements ont plus souvent lieu dans des maternités publiques, spécialisées et de grande taille, mieux dotées en obstétriciens, anesthésistes et pédiatres.

Les sages-femmes suivent en consultation un quart des femmes durant les six premiers mois de leur grossesse.

En 2016, elles ont réalisé 87 % des accouchements par voie basse non instrumentale (82 % en 2010). Leur rôle se poursuit avec l'accompagnement des femmes dès leur retour à domicile.

Chiffre clé

Les sages-femmes réalisent

87 %

des accouchements par voie basse non instrumentale

L'effet des recommandations sur les pratiques médicales et les attentes des femmes

Si le taux de césarienne (20 %) reste stable depuis 2010, les résultats de l'enquête montrent en revanche un taux d'épisiotomie qui continue à diminuer, passant de 27 % en 2010 à 20 % en 2016. La gestion de la douleur a, elle aussi, évolué vers une approche de meilleure qualité et plus diversifiée répondant mieux aux attentes des femmes. La grande majorité des femmes (88 %) disent avoir été satisfaites des méthodes reçues pour gérer la douleur et les contractions.

Fourcade, N., von Lennep, F. (DREES), Grémy, I., Bourdillon, F. (Santé publique France) (dir.), (2017, mai). *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*. Paris, France : DREES, Santé publique France, (pp. 165-185).

Fresson, J., Rey, S., Vanhaesebrouck, A. et al., (2017, octobre). *Les maternités en 2016*. DREES, *Études et Résultats*, 1031.

Blondel, B., Gonzalez, L., Raynaud, P. (dir.), (2017, octobre). *Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010*. Rapport 2016. Paris, France : DREES, DGS, DGOS, Inserm, Santé publique France.

Les conditions de vie des personnes âgées en perte d'autonomie



La DREES mobilise plusieurs sources pour décrire et analyser la prise en charge et les conditions de vie des personnes âgées en situation de perte d'autonomie.

L'enquête Capacités, aides et ressources des seniors (CARE)

L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS), premier volet de l'enquête CARE ménages, conçue par la DREES et mise en œuvre par l'Insee avec le soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, interroge les personnes de plus de 60 ans résidant à domicile sur leur vie quotidienne. Grâce à cette enquête, plusieurs mesures de la perte d'autonomie ont été construites par la DREES, fondées sur la dimension administrative (bénéficiaire d'une prestation), les limitations fonctionnelles, les restrictions d'activité ou sur un indicateur synthétique (santé, limitations fonctionnelles, recours à de l'aide technique ou humaine). En 2014, entre 1 à 4 millions de seniors peuvent ainsi être considérés comme dépendants. À partir de 75 ans, les femmes résidant à domicile sont davantage en situation de perte d'autonomie que les hommes, un constat commun aux différents indicateurs. En 2014, 28 % des personnes âgées de 60 ou plus déclarent recevoir une aide humaine. Elles sont 27 % à révéler souffrir d'une ou plusieurs limitations fonctionnelles (physique, sensorielle ou cognitive). Au-delà de 75 ans, 26 % des personnes signalent des difficultés pour faire leur toilette.

Les aides apportées aux personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

La quasi-totalité des plans d'aide aux bénéficiaires de l'APA proposent une aide humaine, quel que soit le niveau de dépendance. Des aides techniques ou ponctuelles, telles que l'installation de téléalarme ou l'aménagement du logement sont par ailleurs attribuées pour prévenir les risques d'accident de la vie courante. Les fournitures d'hygiène et la téléalarme, qui contribuent au maintien à domicile et au confort des personnes, sont alors les plus fréquemment proposées.

Les dépenses de prise en charge de la dépendance à l'horizon 2060

Selon le compte de la dépendance publié par la DREES en 2016, les dépenses de prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance représentent 30 milliards d'euros en 2014, soit 1,40 point de PIB dont 1,11 point financé par les pouvoirs publics. À l'horizon 2060 et selon un scénario de référence, la dépense publique atteindrait 2,07 points de PIB. Les plus fortes évolutions seraient observées entre 2030 et 2045 pour des raisons alors démographiques.

☐ Couvert, N., (2017, octobre). Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées. DREES, *Études et Résultats*, 1033.

☐ Roussel, R., (2017, octobre). Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060. DREES, *Études et Résultats*, 1032.

☐ Brunel, M., Carrère, A., (2017, septembre). Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1029.

☐ Brunel, M., Carrère, A., (2017, mars). Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 13.

☐ Gand, S., Periac, E., Bloch, M-A., et al., (2017, mai). Évaluation qualitative PAERPA. Rapport. Paris, France : DREES, *Document de travail, Série études et recherche*, 135.

Chiffre clé

Autonomie :

26 %

de personnes âgées de 75 ans ou plus éprouvent des difficultés pour faire leur toilette

Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence

L'Observatoire national du suicide (ONS), créé en 2013, a pour objectif de faire avancer la connaissance du suicide afin d'en améliorer la prévention. Avec la publication de son 3^e rapport, l'ONS actualise l'état des lieux du suicide en France métropolitaine. Il s'intéresse plus particulièrement au suicide des jeunes et apporte un éclairage sur la nécessité de prendre en compte les enjeux éthiques soulevés par la prévention du suicide.

France : un des taux de suicide les plus élevés d'Europe

Le taux de suicide en France marque un net recul, de 26 % entre 2003 et 2014. Cependant avec 8 885 suicides en 2014, soit 24 décès par jour, le taux de suicide en France reste l'un des plus élevés d'Europe, au dixième rang sur vingt-huit, derrière certains pays de l'Est, la Finlande et la Belgique. De plus, selon le CépiDc-Inserm, une sous-estimation de 10 % est à prendre en compte, ce qui pourrait élever le chiffre réel à 10 000. Le taux de suicide est le plus élevé chez les hommes entre 45 et 54 ans (33,4 pour 100 000) et ceux de 75 ans ou plus (59,4 pour 100 000).



Le suicide, deuxième cause de mortalité chez les jeunes

Les comportements suicidaires des jeunes présentent de nombreuses singularités. Leur taux de décès par suicide est plus faible que dans les autres tranches d'âge, mais il représente, après les accidents de la route, la deuxième cause de mortalité des jeunes : 16 % des décès chez les 15-24 ans et 20 % chez les 25-34 ans. Cette réalité a des conséquences particulièrement douloureuses pour les familles et les proches. Dans la continuité de ses travaux et pour mieux appréhender les comportements suicidaires des adolescents et leur prévention, l'Observatoire a lancé un appel à projets de recherche comportant trois axes : l'épidémiologie et l'étiologie des idées et des comportements suicidaires des adolescents ; les interactions entre comportements suicidaires et processus d'adolescence d'aujourd'hui ; les moyens de prévenir les comportements suicidaires des jeunes.

Les enjeux éthiques de la prévention du suicide

La prévention du suicide questionne la conduite à tenir face à une personne ayant un comportement suicidaire. Plus précisément, elle interroge la mise en tension entre le souci de bienveillance et le respect de la liberté de l'individu et pose la question de leur meilleure conciliation possible.

Les méthodes de l'écoute dans les dispositifs d'aide à distance, la prévention dans les situations d'urgence (risque suicidaire important à court terme, mise en danger de la vie d'autrui, etc.) et les liens entre législation sur la fin de vie et prévention du suicide sont documentés et analysés dans ce 3^e rapport.

⋮ **Observatoire national du suicide**, (2018, février). *Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence*. 3^e rapport. Paris, France. Coordination scientifique DREES, Santé publique France.

⋮ **Carrière, M.**, (2018, février). Recueil numérique sur les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide, Observatoire national du suicide, DREES, drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recueil_numerique_enjeux_ethiques_associes_a_la_prevention_du_suicide_monique_carriere.pdf



A hand with a yellow-tinted finger pointing towards a glowing blue DNA double helix structure. The background is a soft-focus blue with a faint map of France. Two blue rectangular boxes with white text are overlaid on the image.

L'observation

de la santé

En 2017, le gouvernement a adopté officiellement la stratégie nationale de santé 2018-2022. Elle s'articule autour de quatre axes majeurs : promotion de la santé et prévention, lutte contre les inégalités sociales et territoriales, qualité et pertinence des soins, innovation et place des citoyens dans la gouvernance du système de santé.

Le « Système national des données de santé » (SNDS) a été instauré le 10 avril 2017. La DREES en a piloté le chantier, participant ainsi à la mise en œuvre de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Le SNDS permet de suivre, pour chacun des Français, ses consommations en soins de ville (médecins, dentistes, infirmiers, etc.) et à l'hôpital et, le cas échéant, les causes médicales de décès. Ouvert aux administrations, chercheurs, fédérations, industriels du monde de la santé, etc., il permet d'améliorer les connaissances en matière de prise en charge médicale et de favoriser la recherche et l'innovation dans le domaine de la santé. Cette base sera enrichie dans les prochaines années des données sur les personnes handicapées et des données de remboursement des organismes complémentaires. Appariée à l'échantillon permanent de l'Insee, elle permettra d'étudier les inégalités sociales de santé.

La publication de *L'État de santé de la population en France*, coordonné pour la première fois avec la nouvelle Agence nationale de santé publique, Santé publique France, accorde, dans son édition 2017, une place plus large aux données régionales. Ce rapport a été réalisé dans un contexte fortement évolutif, marqué à la fois par une réforme territoriale d'envergure et un besoin accru d'indicateurs de santé pour la conception, le pilotage et l'évaluation des actions de santé publique.

Le colloque « Pratiques et conditions d'exercice en médecine générale » a mis en évidence la richesse des études fondées sur le 3^e panel de médecins généralistes dont les données ont été collectées entre 2014 et 2017 auprès de plus de deux mille cabinets médicaux. Les présentations ont apporté un éclairage sur ce qui se passe durant la consultation médicale et ont permis de rendre compte des difficultés auxquelles font face les médecins dans leurs pratiques. Des résultats originaux ont été mis en évidence, tels que la prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale, l'adaptation des pratiques des médecins à l'offre de soins environnante ou encore les difficultés de communication entre médecins de ville et hôpital.

Inégalités sociales de santé

toujours marquées

Chiffre clé

Chez les élèves
scolarisés en CM2
en 2015:

18 %

sont en surpoids
(y compris l'obésité)

Le rapport L'état de santé de la population en France porte, dans son édition 2017, une attention particulière aux inégalités sociales de santé. Malgré une amélioration de l'état de santé de la population en France et dans les pays de niveau socio-économique équivalent, les inégalités en matière de santé demeurent prégnantes en France. Leur repérage et leur prise en charge précoces constituent des enjeux de santé publique.

Des marqueurs sociaux dès l'enfance qui perdurent à l'âge adulte

Grâce aux enquêtes nationales de santé réalisées en milieu scolaire, la DREES met en évidence des inégalités sociales dès le plus jeune âge. L'obésité notamment est toujours plus élevée parmi les enfants d'ouvriers (5,8 % en grande section de maternelle) que parmi ceux de cadres (1,3 %). En 2015, 18 % des enfants de CM2 sont en surcharge pondérale et 4 % obèses. Le surpoids et l'obésité dès l'enfance augmentent, à moyen ou long terme, les risques de maladies cardio-vasculaires et endocriniennes qui perdurent fréquemment à l'âge adulte. Pour l'enfant ou l'adolescent, la surcharge pondérale peut, de surcroît, avoir un retentissement psychosocial souvent source de mal-être et d'isolement.

Poids à la naissance et origine sociale

Si les ouvriers ont plus souvent des bébés de petit poids (9 %) que les cadres (6 %), à l'inverse, les cadres ont plus souvent des gros bébés (8 %) que les ouvriers (6 %). Les gros bébés risquent plus fréquemment d'être en surpoids à 6 ans avec toutefois une nuance : cette disposition est plus marquée chez les enfants d'ouvriers (11 %) que chez les enfants de cadres (4 %). En effet, les habitudes de vie favorisant le surpoids sont plus répandues chez les ouvriers : un enfant sur deux en surpoids à 6 ans l'est toujours à 15 ans.

Inégalités sociales de santé : résultats de l'appel à recherche

Après un séminaire de réflexion sur les inégalités sociales de santé (ISS), ayant réuni 34 intervenants, la DREES a inscrit cette thématique dans les appels à recherche de l'Institut de recherche en santé publique (IReSP) de 2017. En première étape, 65 intentions de projet sur les ISS ont été déposées. Après sélection, 23 équipes ont été retenues pour remettre un projet complet en deuxième étape. En définitive, sept d'entre elles ont obtenu un financement par les partenaires de l'IReSP. Ces recherches commencent en 2018 et portent sur des thématiques variées :

- > les inégalités sociales et environnementales de santé du nouveau-né ;
- > l'impact des changements socioéconomiques sur les ISS dans le Grand Paris ;
- > les effets du chômage sur les habitudes de vie et, par ce biais, sur l'aggravation des ISS ;
- > la contribution possible du système de santé à la réduction des ISS dans le domaine du diabète ;
- > la façon dont les interactions entre soignants et patients, dans le cadre de l'ambulatoire, peuvent susciter de nouvelles fragilités sociales ou au contraire les réduire ;
- > les inégalités d'accès aux soins en santé mentale ;
- > l'organisation des soins et les inégalités sociales face au dépistage du cancer du col utérin.

🔗 iresp.net/appel-a-projet/aap-general-prevention-2017/

🔗 iresp.net/appel-a-projet/43-aap-general-2017-recherche-sur-les-services-de-sante-2/

🔗 **Fourcade, N., von Lennepe, F.** (DREES), **Grémy, I., Bourdillon, F.** (Santé publique France) (dir.), (2017, mai). *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017.* Paris, France : DREES, Santé publique France, (pp. 50-67 et pp. 140-141).

🔗 **Moisy, M.**, (2017, décembre). Poids à la naissance et origine sociale : qui sont les enfants les plus exposés au surpoids et à l'obésité ? DREES, *Études et Résultats*, 1045.

🔗 **Vilain, A.** (2017, juin). 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. DREES, *Études et Résultats*, 1013.

🔗 **Guignon, N.** (DREES), **Delmas, M.-C., Fonteneau, L.** (Santé publique France), *et al.*, (2017, février). La santé des élèves de CM2 en 2015 : un bilan contrasté selon l'origine sociale. DREES, *Études et Résultats*, 993.

🔗 **Lang, T.** (université Toulouse III), **Ulrich, V.** (DREES), (2017, novembre). Les inégalités sociales de santé. Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016. Paris, France : DREES.

🔗 **Vilain, A.**, (2017, septembre). Le troisième certificat de santé de l'enfant [certificat au 24^e mois (CS24)] - 2015. DREES. *Document de travail, Série sources et méthodes*, 63.

🔗 **Vilain, A.**, (2017, septembre). Le deuxième certificat de santé de l'enfant [certificat au 9^e mois (CS9)] - 2015. DREES. *Document de travail, Série sources et méthodes*, 62.

🔗 **Vilain, A.**, (2017, septembre). Le premier certificat de santé de l'enfant [certificat au 8^e jour (CS8)] - 2015. DREES. *Document de travail, Série sources et méthodes*, 61.

Espérance de vie sans incapacité à 65 ans : 10,6 ans pour les femmes et 9,7 ans pour les hommes

L'édition 2017 de L'état de santé de la population en France rapporte que près de 70 % de la population en France s'estime en bonne ou très bonne santé. L'espérance de vie y est élevée : 85 ans pour les femmes, 79 ans pour les hommes. La mortalité continue de décroître et les personnes souffrant de maladies chroniques ont une durée de vie qui s'améliore.

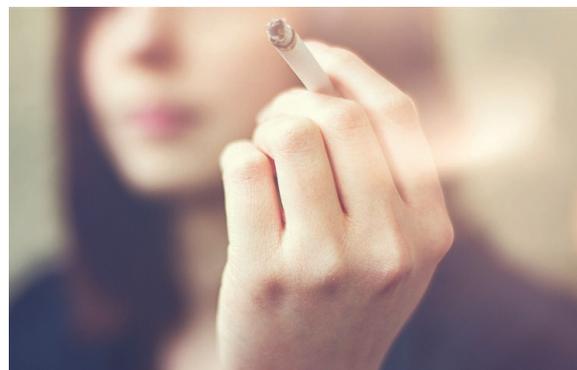
Une espérance de vie parmi les plus élevées d'Europe

En dix ans, l'espérance de vie des femmes a progressé de 1,2 an et celle des hommes de 2,2 ans.

Depuis plus de 15 ans, la mortalité prématurée (c'est-à-dire avant 65 ans) diminue, surtout chez les hommes. De même est observée une baisse de la mortalité évitable avant 65 ans liée aux comportements à risque (tabagisme, consommation d'alcool, conduite routière dangereuse...). La consommation quotidienne de tabac, toujours élevée, concerne 29 % de la population en France et l'excès de consommation d'alcool est à l'origine d'une part importante de la morbidité (cancers, maladies chroniques du foie, atteintes psychiques, séquelles d'accidents) et de la mortalité prématurée.

La prévalence des maladies chroniques augmente : conséquences des accidents vasculaires cérébraux (AVC) notamment chez les moins de 65 ans, de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), du diabète et des insuffisances rénales. Les conditions de travail jouent sur l'état de santé : 12 % des salariés sont exposés à un agent cancérigène et 40 % à des facteurs de pénibilité (contraintes physiques, bruits, températures extrêmes ou rythme de travail).

En 2016, à la naissance, les femmes peuvent espérer vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne 64,1 ans, les hommes 62,7 ans. Cette espérance de



Chiffre clé

Consommation
de tabac :

29 %

de la population
fume quotidiennement

vie en bonne santé est restée stable au cours des dix dernières années. Cependant, au cours de cette période, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans a progressé d'environ 10 mois.

État de santé et facteurs de risques

La DREES et l'Irdes publient les résultats de l'Enquête santé européenne, Enquête santé et protection sociale de 2014, menée auprès d'environ 10 000 ménages. Parmi les facteurs de risques à l'origine d'une dégradation de l'état de santé, citons la consommation quotidienne de tabac et l'excès de poids.

Les ouvriers et employés de commerce sont les plus concernés par le tabagisme quotidien, les agriculteurs et ouvriers le sont par l'obésité. L'excès de poids touche 46 % de la population de plus de 15 ans, le surpoids 31 % et l'obésité 15 %. Les symptômes dépressifs, également facteurs de risques, affectent 9 % des femmes et 5 % des hommes, la France se situant à la huitième position des 26 pays européens.

Fourcade, N., von Lennep, F. (DREES) ; Grémy, I., Bourdillon, F. (Santé publique France) (dir.), (2017, mai). *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*. Paris, France : DREES, Santé publique France (pp. 123-149).

Pisarik, J. (DREES), Rochereau, T. (Irdes), et al., (2017, février). *État de santé des Français et facteurs de risque. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne, Enquête santé et protection sociale 2014*. DREES, *Études et Résultats*, 998.

Déterminants sociaux et professionnels des inégalités de santé - Colloque Constances

Constances est une cohorte épidémiologique généraliste qui permet de suivre dans le temps 200 000 adultes, âgés de 18 à 69 ans, ayant consulté dans 21 Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. La DREES et l'Inserm ont organisé les 9 et 10 novembre 2017 un colloque pour présenter les grands déterminants des inégalités sociales de santé (les évolutions démographiques, le système de soins et le travail, etc.) ; l'avancement des travaux de recherche (vieillesse, chômage et habitudes de vie, homosexualité et santé mentale, hypertension et catégorie sociale, etc.) ; et les déterminants professionnels des inégalités de santé (stress professionnel et métabolisme, usage des produits désinfectants, addictions aux produits psychotropes).

Un tiers des personnes âgées de 75 ans ou plus prennent plus de 10 médicaments par jour

Le rapport 2017 de L'Etat de santé de la population en France note une amélioration, entre 2000 et 2014, de la santé des Français, toutefois moindre pour les femmes âgées de moins de 65 ans. Cependant, pour certaines pathologies, notamment chroniques, l'état de santé des personnes plus âgées se détériore.



Le vieillissement de la population : un enjeu majeur de santé publique

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une forte augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et de polyopathologies. Leur prise en charge représente l'enjeu majeur des systèmes de santé en ce début de XXI^e siècle.

Parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, 40 % sont concernées par la polymédication et 33 % prennent quotidiennement plus de 10 médicaments de manière continue. La polymédication est fréquente chez les femmes, les personnes de plus de 85 ans, les ressortissants du régime général, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et les personnes en

affection de longue durée (ALD). Parmi les 15 classes thérapeutiques les plus souvent utilisées par les personnes en situation de polymédication, six appartiennent à la sphère cardio-vasculaire. Une autre préoccupation majeure est la maladie d'Alzheimer et autres démences (MAAD). En 2014, on estime à 770 000 le nombre de personnes de plus de 40 ans souffrant, en France, de ces pathologies, soit 22 pour 1 000 habitants de cette tranche d'âge.

En revanche, le taux de fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez les personnes de plus de 65 ans a baissé d'un quart en quinze ans, notamment grâce à la diffusion du traitement de l'ostéoporose et au développement de la prévention.

❖ **Fourcade, N., von Lennep, F.** (DREES) ; **Grémy, I., Bourdillon, F.** (Santé publique France) (dir.), (2017, mai). *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*. Paris, France : DREES-Santé publique France, (pp.201-211 et pp. 246-249).

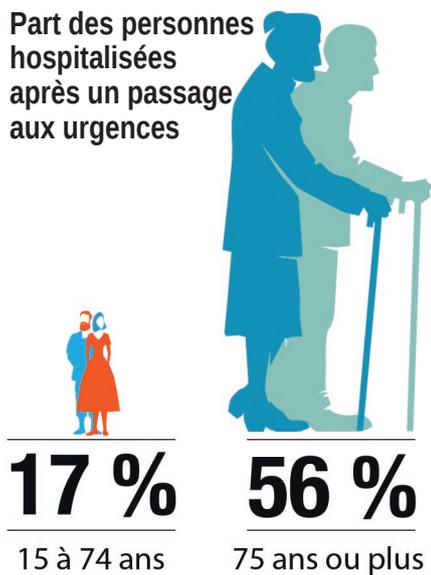
❖ **de Peretti, C.** (DREES), **Gabet, A., Lecoffre, C.,** (Santé publique France) *et al.*, (2017, mai). Disparités régionales de prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux en 2015. DREES. *Études et Résultats*, 1010.

❖ **de Peretti, C.**, (2017, mars). Mortalité pour motif cardio-vasculaire. DREES. *Les dossiers de la DREES*, 12.

❖ **Berthod-Wurmser, M., Bousquet, F., Legal, R.** (coord.), (2017, janvier-mars). Le patient dans le système de santé, La Documentation française. *Revue Française des affaires sociales*, 1.

Accidents vasculaires cérébraux : des disparités régionales de prise en charge

En 2015, près de 116 000 adultes résidant en France ont eu une prise en charge hospitalière pour un accident vasculaire cérébral (AVC). En court séjour, la moitié des patients ayant eu un infarctus cérébral, une hémorragie cérébrale ou un AVC de type non précisé ont été pris en charge en unité neurovasculaire (UNV). Cette proportion varie en France métropolitaine de 30 % (Provence-Alpes-Côte d'Azur) à 69 % (Hauts-de-France) et dans les DROM de 1 % (Guyane) à 59 % (La Réunion). Après un AVC, 39 % des patients sont admis en soins de suite et réadaptation (SSR). La proportion des patients avec hémiparésie ou tétraparésie pris en charge dans les SSR spécialisés en neurologie varie de 58 % à 67 % entre les régions de France métropolitaine et de 8 % à 67 % dans les DROM. Celle de l'hospitalisation en SSR spécialisé pour les affections du système nerveux varie, elle, de 23 % à 36 % en Métropole et de 2 % à 45 % dans les DROM.



Personnes âgées aux urgences

une prise en charge particulière

L'enquête nationale sur les structures des urgences a été réalisée le 11 juin 2013 auprès des 736 points d'accueil d'urgences sur le territoire. Elle a recueilli 6 000 questionnaires de patients de 75 ans ou plus. L'enquête a été conçue en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence, et en collaboration avec SAMU-Urgences de France (SUDF) et l'Association des médecins urgentistes de France.

Une durée de passage aux urgences plus longue pour les personnes âgées

Les personnes âgées de 75 ans ou plus représentent 12 % de la patientèle des urgences. Parmi elles, 44 % sont âgées de plus de 85 ans. Leurs premiers motifs de recours sont la traumatologie (25 %) et les affections cardio-vasculaires (17 %). Le nombre d'exams, plus important pour les patients âgés, et le temps nécessaire à leur réalisation contribuent à une durée plus longue de leur passage aux urgences. Après ce passage, 56 % des patients âgés sont hospitalisés dans un autre service, 38 % retournent à leur domicile et 5 % dans leur établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'origine (Ehpad).

Le rôle de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

L'UHCD destinée à hospitaliser des patients pour une durée limitée fait partie intégrante du service d'urgences. Elle prend en compte la santé plus fragile des patients âgés et permet leur mise en observation, la réalisation d'exams pour préciser le diagnostic, ou de soins de courte durée. Les durées de passage en UHCD supérieures à 8 heures sont plus fréquentes pour les patients atteints de pathologies respiratoires, cardiaques ou digestives que pour ceux souffrant de traumatismes. 18 % des personnes âgées ont séjourné dans une UHCD pendant leur passage aux urgences, contre 8 % des 15-74 ans.

⋮ **Toutlemonde, F.** (dir.), **Boisguérin, B.** (coord.), (2017, juin). *Les établissements de santé (édition 2017)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

⋮ **Pollak, C., Ricroch, L.**, (2017, novembre). Arrêts maladie dans le secteur hospitalier : les conditions de travail expliquent les écarts entre professions. DREES, *Études et Résultats*, 1038.

⋮ **Boisguérin, B., Mauro, L.**, (2017, mars). Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. DREES, *Études et Résultats*, 1008.

⋮ **Boisguérin, B., Mauro, L.**, (2017, mars). Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. DREES, *Études et Résultats*, 1007.

⋮ **Ricroch, L., Vuagnat, A.**, (2017, février). Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé. DREES, *Études et Résultats*, 997.

⋮ **Mauro, L.**, (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 23.

⋮ **Brilhault, G., Millien, C. et al.**, (2017, mai). Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 18.

⋮ **Pollak, C., Ricroch, L.**, (2016). Les disparités d'absentéisme à l'hôpital sont-elles associées à des différences de conditions de travail ? *Revue française d'économie*, vol. xxxi (4), pp.181-220.

⋮ **Audition de Barlet M., Toutlemonde F.**, (2017). *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé*. Commission des affaires sociales. Cohen, L., Génisson, C., Savary, R.-P., Rapport d'information. Paris, France : Sénat, 685.

Répartition territoriale des médecins

Les questions d'accès aux soins, de répartition territoriale des professionnels de santé et de « déserts médicaux » sont omniprésentes dans le débat public. La DREES fournit un indicateur composite, l'accessibilité potentielle localisée (APL), qui tient compte des principales dimensions de l'accès aux soins sur un territoire (proximité et disponibilité de l'offre de soins, âge de la population et activité des professionnels).

La répartition spatiale des professionnels de santé libéraux

Au-delà de l'évolution des effectifs de médecins, l'accès aux soins dépend de leur répartition sur le territoire. En 2015, 84 % de la population réside dans une commune où exerce un médecin généraliste et 98 % de la population accède à un médecin généraliste en moins de 10 minutes. Ces chiffres ne tiennent toutefois pas compte de l'activité des médecins, saturée pour certains. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), développé par la DREES et

l'Irdes, permet de tenir compte à la fois de la proximité et de la disponibilité de l'offre médicale. D'après l'APL, 8 % de la population a accès à moins de 2,5 consultations de médecine générale par an et par habitant. Entre 2012 et 2015, la part de population sous ce seuil a légèrement augmenté. La situation de sous-densité ne s'est pas aggravée, mais elle s'est étendue à de nouveaux territoires. Néanmoins, cette difficulté se cumule rarement avec un éloignement des urgences : 1,3 % de la population réside à la fois à plus de 30 minutes d'un service d'urgence et dans une commune sous-dense.

Qualité des soins

Le Baromètre de la DREES est une enquête annuelle qui suit l'opinion des Français sur la santé, les inégalités et la protection sociale. Les résultats de l'édition 2015 montrent qu'une large majorité des Français sont attachés à leurs médecins et au système de santé.

Castell, L., Dennevault, C., (2017, octobre). Qualité et accès aux soins : que pensent les Français de leurs médecins ? DREES, *Études et Résultats*, 1035.

Millien, C., (2017, septembre). En 2015, un tiers des nouveaux chirurgiens-dentistes ont obtenu leur diplôme à l'étranger. DREES, *Études et Résultats*, 1026.

Anguis, M. (DREES), avec la collaboration du Centre national de gestion, (2017, mars). En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées. DREES, *Études et Résultats*, 1006.

Vergier, N., Chaput, H. et al., (2017, mai). Déserts médicaux : Comment les définir ? Comment les mesurer ? DREES, *Les dossiers de la DREES*, 17.

data.drees Professions de santé et du social.

Les Français ont une opinion très favorable de leurs médecins

Plus de huit personnes sur dix apprécient la qualité des soins offerts par les médecins généralistes (88 %) et par les médecins spécialistes (81 %). En cas de crise sanitaire, c'est en leur médecin que près de neuf Français sur dix auraient le plus confiance.

En revanche, 29 % des Français disent qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes à proximité de leur domicile, et 47 % pas assez de médecins spécialistes. Ce sentiment est d'autant plus partagé qu'ils se situent dans des zones de faible accessibilité réelle, mesurée par l'APL.

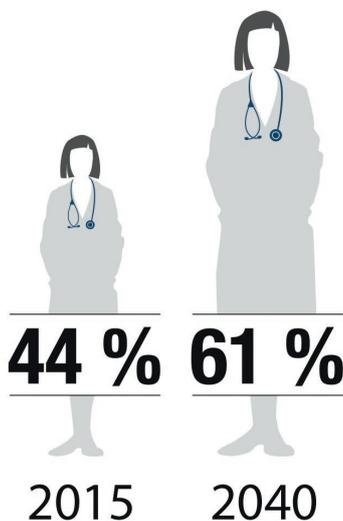
Les personnes en difficulté sociale ou en mauvaise santé sont les plus pessimistes sur l'état de santé des Français en général et sur son évolution. Ainsi, 81 % des personnes qui déclarent être en mauvaise santé sont préoccupées par l'état de santé des Français et 54 % pensent même qu'il s'est dégradé ces dernières années.

Médecins, chirurgiens-dentistes

quel panorama à l'horizon 2040 ?

Les professionnels de santé seront-ils suffisamment nombreux pour répondre aux besoins de santé d'une population vieillissante ? Tel est l'un des enjeux majeurs de santé publique en ce début de XXI^e siècle. À partir des informations du Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), la DREES a pu établir des modèles de projection permettant d'appréhender, à l'horizon 2040, la démographie des médecins et des chirurgiens-dentistes.

Part des femmes médecins à l'horizon 2040



30 % de médecins en plus en 25 ans

Après une augmentation régulière du nombre de médecins, de 1,2 % par an entre 1991 et 2005 et de 0,5 % par an depuis 2006, le nombre de médecins par habitant n'a jamais été aussi important. Au 1^{er} janvier 2015, la France comptait 216 700 médecins actifs de moins de 70 ans. Dans l'hypothèse d'un maintien du numerus clausus et de la durée des carrières, leur nombre devrait repartir à la hausse après 2020, pour atteindre 281 400 médecins en 2040, soit 30 % de plus qu'en 2015. Le nombre de médecins généralistes serait moins dynamique que celui des spécialistes, ce dernier bénéficiant davantage des installations de praticiens diplômés à l'étranger.

L'offre libérale augmenterait moins vite que les besoins de soins dans les dix années à venir

Tandis que la population, vieillissante, a plus que jamais besoin de soins de proximité, les conditions d'exercice de la médecine évoluent. La profession rajeunit et se féminise (la part des femmes passerait de 44 % en 2015 à 61 % en 2040), ce qui a tendance à faire baisser l'offre de soins du fait d'une moindre activité des jeunes générations et des femmes. L'exercice libéral exclusif devrait poursuivre son déclin, au profit du salariat et de l'exercice mixte. Si ces tendances se confirmaient, l'offre de soins de médecine libérale augmenterait moins vite que les besoins de soins au cours des dix prochaines années. La situation s'inverserait après mais, rapportée à la demande de soins, l'offre de soins de médecine libérale resterait en 2040 toujours inférieure à celle observée en 2015.

Une hausse continue des chirurgiens-dentistes jusqu'en 2040

Le nombre de chirurgiens-dentistes devrait augmenter de 18 % par rapport à 2016 pour atteindre 48 800 actifs en 2040. À comportement constant des professionnels et numerus clausus inchangé, la densité des chirurgiens-dentistes atteindrait 67 praticiens pour 100 000 habitants en moyenne au lieu de 62 aujourd'hui. La croissance s'expliquerait en grande partie par l'arrivée de praticiens diplômés à l'étranger. En 2015, 31 % des praticiens inscrits à l'Ordre pour la première fois ont obtenu leur diplôme à l'étranger, alors qu'ils n'étaient que 5 % en 1999.

Plu, A. (DREES), Trevien, C. (Insee), (2017, novembre). Les revenus des pharmaciens d'officine : de fortes disparités selon le statut du titulaire. DREES, *Études et Résultats*, 1039.

Millien, C., (2017, septembre). 8 000 chirurgien-ne-s -dentistes supplémentaires d'ici à 2040. DREES, *Études et Résultats*, 1027.

Plu, A., (2017, septembre). Médecins libéraux : une hausse modérée de leurs revenus entre 2011 et 2014. DREES, *Études et Résultats*, 1022.

Bachelet, M., Anguis, M. (2017, mai). Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. DREES, *Études et Résultats*, 1011.

Mikol, F. (Université Paris-Dauphine, Inserm-CESP), Franc, C. (Inserm, CESP) et al., (2017, mars). L'influence des charges de famille sur les revenus d'activité, selon le genre : le cas des médecins libéraux français. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 14.

Croguennec, Y., (2017, septembre). La formation aux professions de la santé en 2015 (hors professions médicales et pharmaceutiques). DREES. *Document de travail, Série statistiques*, 61.

Assurance maladie et complémentaire santé : la solidarité du système français



Focus sur la couverture maladie dans six pays européens

La population des six pays européens, France, Allemagne, Pays-Bas, Suisse, Espagne et Royaume-Uni, bénéficie d'une couverture maladie de base et obligatoire. En Suisse, aux Pays-Bas et, pour partie, en Allemagne, la gestion en est confiée aux assureurs privés.

Dans ces six pays, des organismes privés proposent en sus une offre d'assurance maladie facultative visant à améliorer la couverture de base.

En 2014, aux Pays-Bas et en France, le reste à charge des assurés est le plus faible : respectivement 7,9 % et 8,6 % de la dépense en frais de soins. Ces deux pays bénéficient d'une couverture de base étendue et d'un niveau de mutualisation élevé via les assurances privées facultatives.

Le reste à charge des assurés est un peu plus élevé en Allemagne et au Royaume-Uni (11,0 % et 12,4 %). Ces deux pays bénéficient d'une couverture de base étendue prenant en charge au moins 85 % des dépenses de santé.

En Espagne et en Suisse, le reste à charge des assurés est le plus élevé des six pays étudiés (26,7 % et 28,4 %). Ces pays se caractérisent par des paniers de soins restreints, ne prenant en charge ni l'optique ni les soins dentaires notamment.

Un système d'assurance maladie assure une solidarité entre malades et bien portants. Mais seuls les systèmes publics organisent une solidarité entre hauts et bas revenus. Pour analyser ces questions, la DREES dispose de plusieurs enquêtes et outils (enquête auprès de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, enquête sur les contrats modaux, modèle Omar-Ines...) pour suivre les évolutions du marché de la complémentaire santé et analyser ses effets redistributifs. Elle mène également des analyses en comparaison internationale afin de caractériser les différents systèmes de couverture maladie et leurs impacts sur le reste à charge des ménages.

La solidarité au cœur du système d'assurance maladie obligatoire

La solidarité du système français tient surtout au financement progressif de l'assurance maladie obligatoire. En effet, les ménages plus aisés contribuent davantage que les plus modestes alors que, malgré de fortes inégalités de santé, les prestations sont relativement homogènes entre classes de revenus. À l'inverse, l'assurance maladie complémentaire et les restes à charge induisent très peu de transferts entre groupes de revenus. Le niveau de solidarité du système d'assurance maladie français est globalement satisfaisant au regard des principes d'équité, mais l'effort relatif des ménages modestes au financement des soins de santé reste élevé. Cela est principalement dû au coût d'une assurance complémentaire et aux dépenses des soins restant à leur charge (respectivement 4 % et 2 % de leurs revenus).

Les contrats collectifs représentent 44 % du marché de l'assurance santé

Les 534 organismes qui pratiquent une activité d'assurance santé se répartissent en 2015 en 411 mutuelles, 99 sociétés d'assurances et 24 institutions de prévoyance. Le secteur connaît un mouvement de concentration rapide : il comptait 1 700 organismes en 2001. Les contrats collectifs, souscrits par des entreprises ou des branches professionnelles, représentent 44 % du marché de l'assurance santé en 2015 (contre 40 % en 2007). Les contrats collectifs reversent aux assurés 85 % des cotisations en santé sous forme de prestations, contre 75 % pour les contrats individuels, du fait de charges de gestion plus faibles.

☐☐☐ **Montaut, A.**, (2017, juillet). Organismes complémentaires : les sociétés d'assurances dominent la couverture des risques sociaux, sauf en santé. DREES, *Études et Résultats*, 1016.

☐☐☐ **Jusot, F.** (Université Paris-Dauphine, PSL Research University, Leda-Legos, Irdes), **Legal R.** (DREES) *et al.*, (2017, mars). Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ? DREES, *Études et Résultats*, 1005.

☐☐☐ **Montaut, A.**, (2017, mars). Complémentaire santé : un organisme d'assurances sur quatre gère exclusivement des contrats individuels en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1004.

☐☐☐ **Leduc, A., Montaut, A.**, (2017, janvier). Complémentaire santé : les charges réduites des organismes spécialisés bénéficient aux assurés. DREES, *Études et Résultats*, 992.

☐☐☐ **Lafon, A., Montaut, A.**, (2017, juin). La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 19.

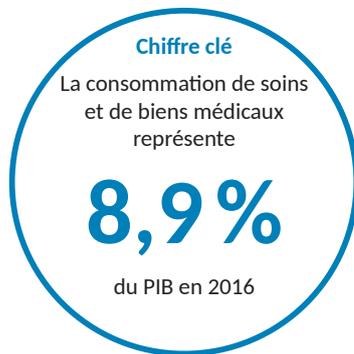
☐☐☐ **Montaut, A.**, (2017, mars). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, Rapport annuel 2016. Paris, France : DREES.

☐☐☐ **Jusot, F., Legal, R. et al.**, (2016). À quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ? *Revue française d'économie*, vol. xxxi (4), pp. 15-62.

☐☐☐ **Jusot, F.** (Paris-Dauphine University, PSL Research University, Leda-Legos, Irdes), **Legal, R.** (DREES) *et al.*, (2017, mars). Public and Private Health Insurances : How do They Contribute to Social Solidarity ? *Questions d'économie de la Santé*, 225.

Des facteurs démographiques à l'origine de la moitié de la hausse des dépenses de santé

En France, comme dans la plupart des pays européens, la part des dépenses de santé dans le PIB tend à augmenter. De 1950 à 2016, la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB a plus que triplé. De 2011 à 2016, cette part a gagné 0,2 point, pour atteindre 8,9 % de PIB en 2016.



Une consommation de soins en forte croissance avec l'âge

À partir notamment des données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires de la Caisse nationale de l'assurance maladie, la DREES met en évidence que les facteurs démographiques expliquent plus de la moitié de la croissance de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) des dépenses de santé entre 2011 et 2015 : l'accroissement de la population pour un quart (2 points sur les 8,9 % d'augmentation) et son vieillissement pour un autre quart (2,5 points). L'augmentation de la part des personnes en affection de longue durée (ALD) à âge donné induit une hausse de 0,6 point des dépenses de santé

entre 2011 et 2015. Le reste de la croissance tient à des facteurs plus variés : modifications de comportement des assurés et des professionnels de santé, avancées techniques et innovations, évolution de la réglementation...

La Sécurité sociale prend en charge 77 % de la dépense de santé

En 2016, la CSBM est de 198,5 milliards d'euros, soit plus de 2 970 euros par habitant. La Sécurité sociale demeure l'acteur majeur de son financement, dont elle prend en charge 77 % de la dépense en 2016, soit 152,8 milliards d'euros. Compte tenu de l'ensemble des évolutions, le reste à charge des ménages en santé, qui atteignait 9,2 % en 2011, diminue depuis lors pour s'élever à 8,3 % de la CSBM en 2016.

Entre 2012 et 2016, la tendance à la hausse de la part de la Sécurité sociale, symétriquement à la baisse du reste à charge des ménages, est liée au dynamisme des dépenses de santé les mieux prises en charge par l'assurance maladie. Depuis trois ans, la part des organismes complémentaires (assurances, mutuelles et institutions de prévoyance) diminue, notamment sous l'effet, depuis 2015, de la réforme des « contrats responsables » qui réduit ou plafonne leur prise en charge.

☛ **Beffy, M., Roussel, R. et al.** (dir.), (2017, septembre). *Les dépenses de santé en 2016. Résultats des comptes de la santé (édition 2017)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

☛ **Grangier, J., Mikou, M. et al.**, (2017, septembre). Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1025.

☛ **Bureau d'analyse des comptes sociaux, Mission des relations et des études internationales**, (2017, septembre). En 2016, les dépenses de santé retrouvent leur dynamisme. DREES, *Études et Résultats*, 1024.

☛ **Soual, H.** (2017, juillet). Les dépenses de santé depuis 1950. DREES, *Études et Résultats*, 1017.

☛ **Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale**, (2017, mars). Rapport 2016. Paris, France : DREES.

☛ **Pollack, C.**, (2017, janvier). The impact of a sick pay waiting period on sick leave patterns. *The European Journal of Health Economics*. Volume 18, Issue 1, pp. 13-31.

Les dépenses de santé depuis 1950

Publiés par la DREES, les comptes de la santé retracent chaque année les évolutions et le financement des dépenses de santé. En près de soixante-cinq ans, la part de la CSBM dans la richesse nationale est passée de 2,5 % du PIB en 1950 à 8,9 % en 2016. La plus forte évolution a eu lieu entre 1950 et 1985, années durant lesquelles la généralisation de l'assurance maladie a permis de financer une demande de soins croissante. Parallèlement, l'offre de soins s'est développée à travers l'équipement hospitalier et l'augmentation de la densité des personnels médicaux et paramédicaux. Le progrès technique a lui aussi dynamisé les dépenses. Depuis 1990, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est globalement stable. Jusqu'à récemment, les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) ont vu leur prise en charge s'accroître, notamment sur les biens médicaux et les soins de ville.



Pour préparer la réforme visant à créer un système universel de retraite, la DREES a cherché à éclairer le débat public en 2017. Grâce à ses enquêtes, elle a analysé les comportements de départ à la retraite des Français ainsi que leurs opinions sur le système actuel et leurs souhaits pour le système futur. Le Baromètre d'opinion de la DREES met notamment en évidence que les Français restent attachés au maintien d'un système de retraite public, par répartition, et qui bénéficie à tous. La DREES a également développé son modèle TRAJECTOIRE de simulation du calcul des retraites afin de pouvoir quantifier les questions que pose le passage à un système universel de retraite où les règles seront communes à tous, quel que soit le statut (salarié, fonctionnaire, indépendant, etc.).

Le système d'observation de la DREES sur les personnes en difficulté sociale a été sollicité dans le cadre du lancement par la Présidence de la République d'une grande concertation sur la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants et des jeunes. Par ailleurs, la DREES a préparé l'enquête menée en 2018 auprès des établissements et services de la protection de l'enfance ainsi que l'enquête auprès des bénéficiaires des minima sociaux de 2018. La DREES a estimé que la France consacrait 47 milliards d'euros en faveur des personnes handicapées, soit 2,2 % de son PIB en 2014. Il s'agit principalement de prestations sociales. Cet effort a augmenté depuis 2005, sous l'effet de la montée en charge de la prestation de compensation du handicap, de la réforme des prestations en faveur des enfants handicapés et de la revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés.

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées a montré que la population résidente a vieilli et qu'elle est de plus en plus dépendante. De 2011 à 2015, les effectifs du personnel travaillant dans ces établissements ont augmenté, tout comme le taux d'encadrement rapporté au nombre des places offertes.



L'observation

de la solidarité

Caractéristiques

des bénéficiaires de minima sociaux

Le système français de prestations sociales soutient les ménages aux revenus modestes. Fin 2015, 4,2 millions de personnes sont allocataires de l'un des dix minima sociaux en vigueur en France. Avec les conjoints et les personnes à charge, 11 % de la population est couverte par ces prestations.



80 % des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs sont orientés vers un parcours d'insertion

Le revenu de solidarité active (RSA) socle constitue le premier minimum social en matière d'effectifs (46,9 %) et de dépenses (42,6 %). Fin 2015, 2,2 millions de personnes bénéficiaires du RSA sont soumises aux droits et devoirs associés à cette prestation. 80 % d'entre elles sont orientées vers un parcours d'insertion par les collectivités territoriales chargées de l'insertion des bénéficiaires du RSA sur leur territoire.

Les personnes orientées sont plus souvent suivies dans le cadre d'un parcours professionnel ou socioprofessionnel que dans le cadre d'un parcours social (62 % contre 38 %). Le rôle de

réfèrent unique du parcours d'insertion est assuré par un agent de Pôle emploi pour 43 % des bénéficiaires du RSA orientés. Ce rôle est dévolu à un agent de la collectivité territoriale pour un tiers d'entre eux.

Les principaux métiers des salariés bénéficiaires des minima sociaux

Au 31 décembre 2013, 14 % des bénéficiaires de minima sociaux ont un emploi salarié. Parmi eux, deux sur cinq sont en contrat à durée indéterminée (CDI) et 8 % bénéficient d'un emploi aidé.

Les salariés percevant l'allocation aux adultes handicapés (AAH) travaillent, pour deux tiers d'entre eux, à temps complet, principalement dans les établissements et services d'aide par le travail (Esat). À l'inverse, seul un tiers des salariés bénéficiaires du RSA socle et de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) travaillent à temps complet. Les salariés bénéficiaires du RSA socle et de l'ASS sont surreprésentés parmi les salariés de particuliers employeurs et des associations. En revanche, ils exercent moins souvent dans la fonction publique. Ils sont ainsi plus souvent salariés en tant que personnels domestiques ou dans le secteur de la santé et de l'action sociale.

▣▣▣ Cabannes, P-Y., Richet-Mastain, L. (dir.), (2017, juillet). *Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution (édition 2017)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

▣▣▣ Loubet, A., Fredon, S., (2017, septembre). *Redistribution : les effets des prestations sociales sur le niveau de vie des ménages les plus modestes*. DREES, *Études et Résultats*, 1028.

▣▣▣ D'Isanto, A., (2017, juillet). *80 % des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs sont orientés vers un parcours d'insertion*. DREES, *Études et Résultats*, 1019.

▣▣▣ Calvo, M., (2017, mai). *En 2015, le nombre d'allocataires des minima sociaux toujours en hausse mais de façon plus modérée*. DREES, *Études et Résultats*, 1009.

▣▣▣ Rémila, N., (2017, février). *Les principaux métiers des salariés bénéficiaires des minima sociaux*. DREES, *Études et Résultats*, 994.

▣▣▣ Arnold, C., Missegue, N., (2017, février). *Appariement fiscal et social de l'enquête Bénéficiaires de minima sociaux (2012). Imputations post appariement*. DREES, *Document de travail. Série sources et méthodes*, 64.

▣▣▣ Fagnani, J., Lestrade, B. (coord.), (2017, juillet-septembre). *Les minima sociaux en Europe : orientations actuelles et nouveaux défis*, La Documentation française, *Revue Française des affaires sociales*, 3.

Aide sociale départementale : une croissance ralentie en 2016

L'aide sociale relève en grande partie de la compétence des conseils départementaux. Elle représente 37 milliards d'euros en 2016. Elle comprend des prestations et des services destinés aux personnes en incapacité de faire face à certains besoins couvrant quatre domaines : l'aide aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance et l'insertion. L'enquête Aide sociale, menée chaque année par la DREES auprès de l'ensemble des conseils départementaux, permet de suivre le nombre des bénéficiaires et les dépenses associées.

La moitié des prestations d'aide sociale consacrées à l'insertion

Fin 2016, les départements ont attribué 4,2 millions de prestations d'aide sociale destinées aux personnes âgées, aux personnes handicapées, à l'enfance ou au titre de l'insertion. Le nombre de ces prestations a diminué de 1,3 % en un an, en raison de la baisse des aides à l'insertion (-4,3 %). Près de 2 millions de prestations d'aide sociale sont attribuées au titre de l'insertion. Elles couvrent essentiellement le revenu de solidarité active (RSA).

Les aides consacrées aux personnes âgées progressent faiblement en 2016 (+0,6 %). Elles représentent 1,4 million de prestations, dont 1,3 million d'allocations personnalisées d'autonomie (APA). Le nombre d'aides aux personnes handicapées continue de progresser (+3,1 % entre 2015 et 2016) et concernent 519 000 prestations, dont plus de la moitié correspondent à la prestation de compensation du handicap (PCH). Parmi l'ensemble des aides allouées aux personnes handicapées, plus des deux tiers se rapportent à l'aide à domicile. Les mesures d'aide sociale à l'enfance progressent (+2,1 %). 332 000 mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) sont consacrées, dans une proportion équivalente, aux enfants accueillis au titre de l'ASE et à ceux suivis dans le cadre d'actions éducatives à domicile ou en milieu ouvert.



Chiffre clé

L'aide sociale départementale représente

37 milliards

d'euros
en 2016

⋮ **Leroux, I.** (dir.), (2017), *L'aide et l'action sociales en France*, Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

⋮ **Vroylandt, T.**, (2017, décembre). 7 800 étudiants en formation d'assistant de service social en 2016. DREES, *Études et Résultats*, 1044.

⋮ **Abdouni, S., Amrous, A.**, (2017, octobre). En 2016, les départements ont attribué 4,2 millions de prestations d'aide sociale. DREES, *Études et Résultats*, 1037.

⋮ **Abdouni, S.**, (2017, février). En 2014, huit communes sur dix mènent une action sociale. Premiers résultats de l'enquête Asco. DREES, *Études et Résultats*, 995.

⋮ **Kuhn, L.**, (2017, juin). Le fonds d'aide aux jeunes en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 996.

⋮ **Amar, É.**, (2017, octobre). Dépenses d'aide sociale départementale : une croissance toujours soutenue par le RSA en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 991.

⋮ **data.drees** Aide et action sociale ; Professions de santé et du social ; Asco ; APA ; PCH.

L'enquête sur l'action sociale des communes et intercommunalités (Asco)

La DREES a mené une enquête auprès de 11 000 communes et intercommunalités de France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer, hors Mayotte, sur leur action sociale en 2014. Ainsi plus de huit communes sur dix, représentant 98 % de la population, mettent en place au moins une forme d'action sociale. La totalité des communes de plus de 5 000 habitants proposent des actions sociales, contre seulement 72 % des communes de moins de 500 habitants.

Les deux tiers des communes françaises, représentant 90 % de la population française, réalisent une action sociale spécifique en faveur des personnes âgées. Des actions contre la pauvreté et les exclusions ainsi qu'auprès des jeunes et des familles sont menées dans environ 40 % des communes (couvrant 80 % de la population).

L'effort social en faveur

des personnes handicapées progresse

Depuis la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, les politiques publiques en faveur des personnes handicapées ont pris une importance croissante. Pour éclairer ces politiques, la DREES a développé son système d'observation. Selon le Baromètre d'opinion de la DREES, 85 % des Français sont favorables à une solidarité renforcée envers les personnes en situation de handicap.

42,7 milliards d'euros de prestations en faveur des personnes handicapées

L'effort social en faveur des personnes handicapées est estimé à 46,6 milliards d'euros, soit 2,2 % du PIB en 2014. Les prestations sociales en représentent l'essentiel : 42,7 milliards d'euros. Cet effort a connu une augmentation continue depuis 2005. Cette croissance a été portée par la montée en charge de la prestation de compensation du handicap, la réforme des prestations en faveur des enfants handicapés et la revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés. Cette allocation, soumise à condition de ressources, représente 20 % de l'ensemble des prestations en 2014.

Des Français favorables à une solidarité en faveur des personnes handicapées

Selon le Baromètre d'opinion de la DREES, moins de la moitié des Français (44 %) pensent que la société se donne les moyens d'intégrer les personnes en situation de handicap. S'ils sont largement favorables à une solidarité renforcée, les Français sont nettement plus partagés sur l'attribution d'aides sans qu'il soit tenu compte des revenus : 54 % d'entre eux estiment que les aides financières pour compenser les surcoûts liés au handicap devraient être réservées aux personnes disposant de faibles revenus.

Des différences de niveau de vie marquées selon les limitations

En 2010, le niveau de vie annuel médian des personnes handicapées âgées de 15 à 64 ans s'élève à 18 500 euros, soit 2 000 euros de moins que celui des personnes sans handicap. Cet écart s'avère d'autant plus important que la limitation est sévère. Présenter une limitation mentale, visuelle ou cumuler plusieurs types de limitations augmentent le risque de vivre sous le seuil de pauvreté.

Programme de recherche Handicap et perte d'autonomie

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la DREES et l'Institut de recherche en santé publique (Iresp) pilotent un programme de recherche sur la thématique « Handicap et perte d'autonomie » : 20 appels à projets ont été lancés entre 2007 et 2015. Un bilan des travaux achevés est en cours. Sur 370 projets déposés, 115 ont été financés. Plus de la moitié portent sur des opérations de recherche *stricto sensu*, les autres soutiennent des opérations de valorisation (publications, formation, etc.). Ces projets pluridisciplinaires ont permis d'impliquer des chercheurs en formation. Les résultats examinent les nouveaux principes de l'action publique face à la variété des populations, des choix politiques et des contraintes gestionnaires. Ils interrogent les articulations entre le sanitaire, le social et le médico-social comme les rapports entre les professionnels et les proches aidants. Ils éclairent les représentations et les parcours des personnes.

▣ Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L. (dir.), (2017, juillet). *Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution* (édition 2017). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social. Fiches 20, 21, 22 et 23.

▣ Levieil, A., (2017, mars). Le niveau de vie des personnes handicapées : des différences marquées selon les limitations. DREES, *Études et Résultats*, 1003.

▣ Barnouin, T., Darcillon, T., (2017, mars). Les dépenses en faveur des personnes handicapées ont progressé de 13,5 milliards d'euros de 2005 à 2014. DREES, *Études et Résultats*, 999.

▣ Perron-Bailly, É., (2017, janvier). Handicap, dépendance et pauvreté : les Français solidaires des plus vulnérables. DREES, *Études et Résultats*, 990.

▣ Rapegno, N. (EHESP), (2017, novembre). Dispositifs et modalités d'accompagnement des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux. Actes du séminaire de recherche organisé par la CNSA, la DREES et l'Iresp. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 22.



Accueil et séjours des personnes âgées

en établissements

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa) relève, tous les quatre ans depuis 1985, des informations sur les caractéristiques et les activités de ces établissements en France, ainsi que sur leurs résidents. En 2015, quatre catégories d'établissements médico-sociaux sont interrogées : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les Ehpa médicalisés, les Ehpa non médicalisés, les logements-foyers. À ces quatre catégories d'établissements d'hébergement, s'ajoutent les centres d'accueil de jour pour personnes âgées et quelques établissements expérimentaux pour personnes âgées. Le champ comprend également certaines structures du secteur sanitaire telles que les soins de longue durée et les hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.

Plus d'un tiers de la population résidant en établissement a plus de 90 ans

En 2015, 728 000 personnes vivent en établissement d'hébergement pour personnes âgées, soit 35 000 de plus qu'en 2011. La population résidant en institution a vieilli. La moitié d'entre elle a plus de 87 ans et 5 mois en 2015, soit un an de plus qu'en 2011. En quatre ans, la proportion de personnes âgées de 90 ans ou plus est passée de 29 % à 35 %.

Les personnes accueillies en 2015 sont plus dépendantes qu'en 2011 : plus de huit sur dix sont en perte d'autonomie et 93 % des résidents qui ne sont pas hébergés en résidence autonomie (ex-logement-foyer) ont besoin d'une aide à la toilette. Enfin, parmi les résidents, près de 260 000 souffrent d'une maladie neurodégénérative.

La population des établissements est en renouvellement permanent. Ainsi, un quart des personnes accueillies au 31 décembre 2015 sont arrivées dans l'établissement au cours de l'année ; 55 % viennent de leur domicile ou de celui d'un proche. Un tiers des personnes ayant rejoint un établissement en 2015 l'ont quitté la même année.

Une progression continue du taux d'encadrement dans les établissements

Avec 500 000 personnes travaillant en Ehpa, le personnel dans les établissements a crû de 11 % en quatre ans. Le taux d'encadrement, soit le rapport entre le nombre d'équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places installées, est en hausse depuis 2011. Dans les unités de soins de longue durée (USLD), plus médicalisées, le nombre



d'ETP dépasse le nombre de places installées. Les qualifications du personnel dépendent des caractéristiques des établissements et de leur niveau de médicalisation. Dans les USLD, le personnel paramédical ou soignant, majoritairement composé d'aides-soignants, représente 70 % des effectifs (en ETP). Ces postes représentent 41 % à 56 % des emplois en Ehpad. Dans les établissements ne proposant pas un accueil médicalisé, à l'instar des résidences autonomies ou des Ehpa, le personnel soignant et paramédical est moins présent. En revanche, le personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation y est plus important.

❑ Muller, M., (2017, juillet). 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1015.

❑ Muller, M., (2017, septembre). L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 20.

❑ Fizzala, A., (2017, mai). Les durées de séjour en EHPAD. Une analyse à partir de l'enquête auprès des Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2011. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 15.

❑ data.drees Personnes âgées, handicap et dépendance.

Chiffre clé

En 2015

500 000

personnes travaillent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées. Soit

+ 11 %

par rapport à 2011

Retraités :

une grande diversité de situations

Les systèmes d'observation de la DREES permettent de dresser chaque année un bilan des retraités et des retraites et d'éclairer les grandes tendances à l'œuvre.

L'écart de pension entre les femmes et les hommes continue de se réduire

La pension moyenne tous régimes de droit direct, y compris l'éventuelle majoration pour enfants, s'établit à 1 389 euros bruts mensuels en 2016, soit 0,9 % de plus qu'en 2014 en euros constants.



Cette hausse provient principalement d'un effet de noria, les nouveaux retraités ayant des carrières plus favorables et des niveaux de pensions plus élevés que les retraités en moyenne plus âgés qui décèdent.

La pension moyenne de droit direct des femmes (y compris majoration de pension pour enfants) s'élève à 1 065 euros par mois en 2015. Elle est inférieure de 39 % à celle des hommes (1 739 euros mensuels). Cet écart diminue de façon continue depuis 2004 (il valait alors 45,8 %). En tenant compte des pensions de réversion, dont les femmes bénéficient en majorité, la retraite des femmes, de 1 322 euros mensuels, est inférieure de 25 % à celle des hommes.

Chiffre clé

Les retraités français perçoivent en moyenne

1 389 €

par mois pour leur retraite

478 000 personnes cumulent emploi et pension de retraite

En 2016, les personnes cumulant emploi et retraite représentent respectivement 3,4 % des retraités et 8,2 % des personnes de 53 ans ou plus en emploi. Ils sont plus jeunes que l'ensemble des retraités (65 ans en moyenne contre

72 ans), plus diplômés et en bonne santé. 90 % d'entre eux occupaient un emploi juste avant de percevoir une pension de retraite, contre les deux tiers des retraités non cumulants. Par rapport aux autres seniors qui travaillent, ces retraités exercent plus souvent dans l'artisanat ou en tant que commerçants ou chefs d'entreprise. Les revenus ainsi tirés du travail représentent en moyenne 30 % des revenus annuels des personnes cumulant emploi et retraite.

Secteur public, secteur privé quelles différences entre les retraités ?

Malgré la réforme des retraites de 2003 qui avait fait converger certains paramètres, les règles de retraite entre le régime général et les régimes de la fonction publique divergent sur plusieurs points. Pour juger des différences, la DREES a simulé un calcul des retraites des fonctionnaires selon les « règles du privé ». Selon ces règles, les fonctionnaires de catégorie active bénéficieraient du taux plein plus tardivement, du fait de leur possibilité de partir de manière anticipée selon les règles actuelles. En revanche, 15 % des sédentaires atteindraient le taux plein plus tôt, grâce notamment aux majorations de durée pour enfants et aux règles d'acquisition de trimestres plus favorables dans le privé. Les conséquences sur le niveau des pensions seraient très variables : gains pour certains, pertes pour d'autres.

☛ Solard, G. (dir.), Duc, C. (coord.), (2017, mai). *Les retraités et les retraites* (édition 2017). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

☛ Beauvoir, R., (2017, septembre). En Île-de France, les retraités perçoivent une pension supérieure de 23 % à la moyenne nationale. DREES, *Études et Résultats*, 1023.

☛ Musiedlak, Y. avec la participation de Senghor, H., (2017, septembre). Cumule emploi-retraite : deux personnes sur trois travaillent à temps partiel. DREES, *Études et Résultats*, 1021.

☛ Senghor, H., (2017, mars). Les départs à la retraite dans la fonction publique : la décote concerne davantage les catégories actives. DREES, *Études et Résultats*, 1001.

☛ Aubert, P., Collin, C. et al., (2017, octobre). La prise en compte de la durée de carrière dans les indicateurs de retraite. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 21.

☛ Duc, C., Solard, G. et al., (2017, mai). Les différences de retraite entre secteurs public et privé : résultats de simulations. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 16.

☛ Voir p. 28 Préparer la réforme des retraites.

☛ data.drees Retraités

Modes d'accueil des jeunes enfants : une pluralité d'offres

Grâce son enquête annuelle auprès des services de protection maternelle et infantile, la DREES montre que les 14 200 établissements d'accueil des jeunes enfants (EAJE) proposent, en 2015, 431 000 places en France, hors Mayotte. Les assistantes maternelles directement employées par les parents restent toutefois le premier mode d'accueil (977 000 places, soit 69 % de l'offre globale).

L'accueil collectif continue sa progression

En 2015, 382 000 places sont proposées en accueil collectif, soit 50 300 places de plus qu'en 2011 et 178 000 de plus depuis 1993. L'offre se développe surtout dans les établissements dits « multiaccueil ». Ceux-ci fournissent, en accueil collectif, une souplesse de prise en charge des enfants de moins de 6 ans (accueil régulier ou occasionnel, accueil à temps plein ou à temps partiel). Au sein de ces établissements, les microcrèches poursuivent leur implantation et représentent 5 % des places d'accueil collectif en 2015.

En revanche, l'offre d'accueil familial dites « crèches familiales » diminue régulièrement. Elle propose environ 40 000 places en 2015, soit le chiffre le plus bas observé depuis 2011 (-15 %). Quand les enfants sont accueillis en établissement



d'accueil du jeune enfant (EAJE), neuf fois sur dix, l'EAJE était le premier choix des parents au moment de la recherche d'une solution d'accueil, souvent effectué pour l'épanouissement ou le rythme de l'enfant.

Assistants maternelles : un salaire qui varie

Le recours principal à une assistante maternelle relève au contraire plus souvent d'un ajustement aux contraintes des parents ou aux solutions d'accueil disponibles. Le salaire mensuel des assistantes maternelles s'établit en moyenne à 1 108 euros nets en 2014. Le salaire horaire moyen est de 3,40 euros nets par enfant accueilli. Il est plus important dans les zones urbaines. En 2014, les assistantes maternelles en activité sont rémunérées en moyenne pour 335 heures d'accueil mensuel. Dans les grandes villes et l'Ouest de la France, les assistantes maternelles déclarent davantage d'heures rémunérées. Entre 2010 et 2014, le salaire mensuel net a progressé, en euros constants, de 6,8 % et le salaire horaire de 6 %. Cette croissance un peu plus soutenue du salaire mensuel s'explique par une légère augmentation du nombre d'heures rémunérées. En effet, la petite baisse du temps d'accueil par enfant est plus que compensée par la progression du nombre d'enfants accueillis.

▣▣▣ Cabannes, P-Y., Richet-Mastain, L. (dir.), (2017, juillet). *Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution (édition 2017)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social. Fiche 27.

▣▣▣ Amrous, N., Borderies, F., (2017, octobre). En 2015, les enfants de moins de 3 ans sont en majorité accueillis chez les assistant-e-s maternel-le-s. DREES, *Études et Résultats*, 1030.

▣▣▣ Vroylandt, T., Paliod, N., (2017, août). Les assistant-e-s maternel-le-s ont gagné en moyenne 1 108 euros en juin 2014. DREES, *Études et Résultats*, 1020.

▣▣▣ Viot, P., (2017, juin). Le choix de la crèche comme mode d'accueil, entre bénéfices pour l'enfant et adaptation aux contraintes. DREES, *Études et Résultats*, 1014.

▣▣▣ Le Pape, M-C., Bellidenty, J. et al. (coord.), (2017, avril-juin). Les modes d'accueil des jeunes enfants : des politiques publiques à l'arrangement quotidien des familles. La documentation française. *Revue Française des affaires sociales*, 2.

Les Français sont attachés

à leur système de protection sociale

Selon le Baromètre d'opinion de la DREES, en 2016, les trois quarts des Français considèrent que le système de protection sociale fournit un niveau de protection suffisant. 58 % regardent l'avenir avec confiance et les inflexions constatées à partir de la crise de 2008 semblent s'estomper.

Une confiance dans le système de protection sociale français et un regain d'intérêt pour l'universalité

Trois quarts des Français considèrent que le système de protection sociale est suffisamment protecteur. Si la maîtrise des coûts du système de protection sociale reste un sujet de préoccupation majeur, depuis 2014, les Français plébiscitent de plus en plus souvent des prestations pour tous : de moins en moins de personnes souhaitent réserver les prestations maladie, familiales, retraite et chômage, aux seuls cotisants. Toutefois, les Français restent favorables à la limitation dans le temps des allocations chômage ainsi qu'à leur conditionnement au suivi d'un stage de formation ou à l'acceptation d'un emploi adapté à leur qualification et pas trop éloigné de leur domicile.

Le choc de la crise de 2008 s'estompe, mais le degré d'optimisme varie selon la catégorie sociale

En 2016, huit personnes sur dix considèrent que la société est injuste, et neuf sur dix que la hausse de la pauvreté et de l'exclusion va se poursuivre.

Toutefois, du fait de l'éloignement de la crise de 2008, le pessimisme des Français vis-à-vis de l'état de la société française s'atténue. Ainsi, huit personnes sur dix affirment que leur situation personnelle globale est bonne. C'est notamment le cas des cadres supérieurs et professions libérales (90 % d'entre eux), des professions intermédiaires (91 %) ou des employés (86 %), alors que les ouvriers (72 %) et plus encore les chômeurs (56 %) se montrent moins souvent satisfaits de leur situation.

De même, entre 2007 et 2011, l'optimisme avait reculé de 60 % à 51 %, conséquence probable de la crise de 2008. Cet effet semble aujourd'hui s'estomper, la part des Français se déclarant optimiste étant remontée à 58 % en 2016. Les ouvriers et les employés, plus exposés à la crise que les cadres, se montrent moins optimistes : à peine plus de la moitié des employés, des ouvriers et des chômeurs le sont, alors que les cadres supérieurs et des professions libérales ont été 70 % à garder continûment confiance en l'avenir entre 2004 et 2016.

⋮ Perron-Bailly, É., (2017, juin). *La protection sociale et les Français : en 2016, un regain d'intérêt pour l'universalité*, dans *La protection sociale en France et en Europe en 2015. Résultats des comptes de la protection sociale (édition 2017)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, pp. 126-134.

⋮ Papuchon, A., Perron-Bailly, É., (2017, mars). *La situation sociale vue par les Français : le choc de la crise de 2008 s'estompe*. DREES. *Études et Résultats*, 1000.



La France consacre 32 % de son PIB aux prestations sociales

En 2016, les dépenses de protection sociale en France s'élèvent à 759 milliards d'euros, soit une hausse de 1,8 % par rapport à 2015. La majeure partie de ces dépenses (94 %) sont constituées par les prestations sociales qui représentent 714 milliards d'euros, soit 32 % du PIB. Cette part place la France en tête des pays européens, devant ceux de l'Europe du nord.

Les dépenses consacrées à la protection sociale continuent de progresser

La croissance des dépenses de protection sociale, tous risques confondus, s'établit à 1,8 % en 2016, tandis que les ressources sont légèrement plus dynamiques (+1,9 %). Ainsi, le déficit continue de se résorber : il représente 0,2 % du PIB en 2016. Les évolutions sont contrastées selon les risques considérés. Les prestations santé (204 milliards d'euros en 2016) et vieillesse-survie (325 milliards d'euros) progressent au même rythme qu'en 2015. L'accélération est notable pour les prestations liées à l'emploi, notamment celles d'insertion et de réinsertion professionnelle (en hausse d'un cinquième en 2016, après +2,7 % en 2015), du fait du plan 500 000 formations, en dépit d'un ralentissement de la dynamique des prestations chômage due à l'amélioration du marché du travail. Elle est plus légère pour les prestations familiales, de logement et celles du risque pauvreté-exclusion sociale (21 milliards d'euros).

L'Europe consacre une part importante de la richesse nationale aux dépenses de protection sociale

En 2015, l'UE-28 consacre 28 % de sa richesse aux prestations sociales, tous risques confondus. Cette part est plus élevée dans les pays de l'UE-15 (28 % du PIB) que dans les treize membres ayant adhéré à l'UE depuis 2004 (18 %). Ces écarts sont dus à des différences de niveaux de vie, à la diversité des systèmes de protection

sociale, des tendances démographiques, mais aussi de facteurs institutionnels et socio-économiques comme le taux de chômage. Les pays les plus riches consacrent, en général, une plus grande part de leurs ressources à la protection sociale. La France, qui consacre 32 % de son PIB aux dépenses de protection sociale en 2015, se situe en tête des pays européens. Elle est suivie des pays d'Europe du nord, de l'Autriche, de la Belgique et des Pays-Bas.

Chiffre clé

Union européenne :
les prestations
de protection sociale
atteignent

28 %

du PIB

Les indicateurs sociaux dans l'Union européenne

Depuis les années 2000, l'Union européenne s'engage dans une coopération entre États membres, dite « méthode ouverte de coordination », dans les domaines de l'inclusion sociale, des pensions et des soins de santé, qui relèvent des compétences nationales. Cette méthode repose sur la définition d'objectifs partagés et d'instruments de mesure communs, sur la comparaison entre pairs et l'échange de bonnes pratiques. Pour informer le Conseil des ministres européen, vingt-quatre indicateurs ont été retenus pour décrire la situation des pays en ce qui concerne la pauvreté et l'exclusion sociale, les inégalités, le niveau des pensions, la santé, le logement, et en particulier dans le cas des populations plus fragiles (jeunes, seniors, etc.). La Commission peut se saisir de ce dispositif pour proposer des recommandations aux pays. C'est le cas depuis 2010 pour l'emploi, puis pour le social, notamment sous l'angle de la viabilité financière ou de l'inclusion active.

;;; **Beffy, M., Roussel, R. (dir.) et al.**, (2017, juin). *La protection sociale en France et en Europe en 2015. Résultats des comptes de la protection sociale (édition 2017)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

;;; **Pilorge, C.**, (2017, novembre). *Compte provisoire de la protection sociale : le déficit continuerait de se résorber en 2016*. DREES, *Études et Résultats*, 1040.

;;; **Barnouin, T., Beffy, M. et al.**, (2017, juin). *Prestations sociales : une croissance modérée en France et en Europe*. DREES, *Études et Résultats*, 1012.

;;; **Barnouin, T., Doms, A.**, (2017, mars). *55 ans de diversification des financements de la protection sociale*. DREES, *Études et Résultats*, 1002.

;;; **Papuchon, A.**, (2017, mars). *Baromètre d'opinion de la DREES. Principaux enseignements de l'enquête 2016*. Rapport 2016. Paris, France : DREES.

;;; **Grislain-Létrémy, C., Papuchon, A.**, (2017). *La diminution du soutien aux transferts universels en France : les conceptions du système de protection sociale ébranlées par la crise de 2008 ?* dans *Le patient dans le système de santé*. La Documentation française, *Revue française des affaires sociales*, 1, pp. 207-229.

Éclairer et évaluer l'action des ministères



Grâce à ses travaux d'évaluation des politiques publiques, la DREES fournit des éléments pour accompagner les décisions du ministère des Solidarités et de la Santé.

Chiffre clé

Retraites :

53 %

des Français estiment que le système n'offre pas suffisamment de liberté pour choisir leur date de départ à la retraite

Préparer la réforme des retraites

D'après l'enquête Motivations de départ à la retraite conduite par la DREES en 2017 auprès des nouveaux retraités, une personne sur deux pense que le système de retraite n'offre pas suffisamment de liberté pour choisir la date de son départ à la retraite. Le nombre

d'années de cotisation requis est la règle qui, selon leurs déclarations, les contraint le plus dans le choix de cette date. Ce sentiment pourrait venir d'une méconnaissance des règles de retraite. En effet, certains dispositifs sont encore largement méconnus, comme la décote ou la surcote.

Selon le Baromètre d'opinion de la DREES, les Français restent attachés au maintien d'un système de retraite public, par répartition, et qui bénéficie à tous. 84 % d'entre eux pensent qu'il devrait y avoir un socle commun de retraite.

■ ■ ■ **Masson, L., Solard, G. et al.**, (2017, décembre). Quand partir à la retraite ? Pour les retraités, la durée de cotisation requise contraint la date de départ. DREES, *Études et Résultats*, 1043.

■ ■ ■ **Masson, L., Solard, G. et al.**, (2017, décembre). Profiter de la retraite le plus longtemps possible motive les départs encore plus que par le passé. DREES, *Études et Résultats*, 1042.

■ ■ ■ **Masson, L., Solard, G.**, (2017, décembre). 84 % des Français souhaitent un socle commun des régimes de retraite. DREES, *Études et Résultats*, 1041.

Réduire le non-recours aux prestations sociales

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, conduisent une évaluation des « Rendez-vous des droits » mis en place par la CNAF pour améliorer l'information et l'accès aux droits sociaux. Les résultats permettront de juger de leur efficacité pour lutter contre le non-recours.

Des nouveaux outils pour observer les trajectoires des bénéficiaires de la protection sociale

La DREES va collecter auprès des conseils départementaux des informations individuelles relatives aux demandeurs et bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de l'aide sociale à l'hébergement. À partir de celles-ci, elle constituera un Échantillon national d'études sur l'autonomie et l'hébergement des seniors (ÉNÉAS) en les enrichissant de données d'état-civil et de mortalité, de données sur les résidents en Ehpad et les allocations logement.

L'Échantillon transversal d'études sur l'aide et la protection sociale (ÉTAPS) intègrera, lui, tous les dispositifs de suivi longitudinal de la DREES : le panel ÉNÉAS, les échantillons interrégimes de cotisants et de retraités, le panel sur les bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité, le système national des données de santé.

Ces panels permettront d'éclairer les trajectoires des personnes jusqu'à leur décès.

■ ■ ■ **Beffy, M.** (coord), (2017), Big data et protection sociale. La documentation française, *Revue française des affaires sociales*, 4.

Développer des outils d'analyse et des modèles de microsimulation

L'accès aux données de santé : un enjeu stratégique déterminant pour la recherche en France

Depuis la création du Système national des données de santé (SNDS), la France dispose d'un patrimoine exceptionnel de données auquel les acteurs publics et privés ont accès. L'analyse de ces données de santé et le développement de l'intelligence artificielle permettront notamment de mieux évaluer l'efficacité thérapeutique, d'automatiser de nombreux processus dans les établissements de santé, de développer la médecine personnalisée et d'accompagner les professionnels de santé. En 2017, la DREES a préparé un projet de « Health Data Hub » visant à élargir le SNDS aux données cliniques et à l'ouvrir aux chercheurs et aux industriels pour favoriser l'innovation. En 2018, le Président de la République a annoncé la création de ce Hub comme un des points forts de la stratégie intelligence artificielle française.

🔗 **Groupe Comité stratégique de filière des industries et technologies de santé**, (2017, mars). *Promouvoir une démarche active visant à faciliter l'accès aux données de santé à des fins de santé publique, de recherche et de développement industriel*. Rapport. Mesure 1-5. DREES. Conseil national de l'Industrie.

🔗 drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_csf.pdf

L'essor des modèles prédictifs dans les systèmes de santé internationaux

En 2017, la DREES a mené une étude sur les modèles prédictifs d'événements relatifs au système de soins, tels que l'hospitalisation non programmée ou l'entrée dans un Ehpad.

Ces modèles attribuent à chaque individu la probabilité que l'événement modélisé ait lieu. Ils permettent au système de santé de mettre en place les actions pour retarder ou éviter sa survenue, ainsi que d'évaluer les organisations de soins et de services. Des modèles prédictifs de coûts pour allouer des ressources aux assureurs et aux

organisations des soins se sont également développés, notamment au Royaume-Uni et aux États-Unis.

🔗 **Bernstein, D., Agamaliyev, E.**, (2017, juillet). *L'essor des modèles prédictifs dans les systèmes de santé internationaux*. DREES, *Études et Résultats*, 1018.

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

En 2017, la Caisse nationale des allocations familiales est devenue partenaire de la DREES et de l'Insee pour le modèle INES.

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, etc.

Zoom sur quelques missions

de la DREES



La DREES s'investit activement dans les activités innovantes, notamment le big data et l'intelligence artificielle, dans les travaux internationaux et au sein de la sphère ministérielle.

Le groupe de travail big data

Depuis 2016, la DREES organise, en concertation avec l'Insee, un groupe de travail sur le big data et le 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, etc. 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.

La gouvernance et l'administration des données de santé

En 2017, la DREES a continué à bâtir le cadre juridique et organisationnel de la gouvernance des données de santé. Elle a notamment veillé à l'installation de l'Institut national des données de santé, qui a tenu sa première réunion et examiné ses premières demandes à l'été. Elle a publié en mars le décret instituant le référentiel de sécurité des données de santé. Elle a réussi à recruter trois « entrepreneurs d'intérêt général » qui, en 2018, ont accompagné les utilisateurs de la DREES vers des nouveaux logiciels et méthodes, grâce à des formations, des séminaires de présentation et la création de nouveaux outils.

La coopération internationale sur les comptes de la santé

La DREES participe aux travaux internationaux relatifs au système des comptes de la santé, développé par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Eurostat, pour permettre les comparaisons entre pays. L'agrégat central est la dépense courante de santé au sens international, qui exclut notamment les indemnités journalières de maladie ainsi qu'une partie des dépenses de prévention, de formation et de recherche médicale et inclut certaines dépenses de prise en charge du handicap et de la dépendance.

L'animation des réseaux de statisticiens dans les ARS et les DRJSCS.

La DREES a lancé à destination des Agences régionales de santé (ARS) un projet de gouvernance des indicateurs de santé. En 2017, elle a commencé leur cartographie et a recensé à la mi-2018 25 bases et plus de 18 000 indicateurs qui seront mis en 2018 à disposition des utilisateurs grâce à un outil web simple d'utilisation.

La DREES fournit un appui financier aux Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) pour leur permettre notamment de réaliser des études et de faire vivre des plateformes régionales d'observation sociale qui organisent en particulier l'échange entre l'État, les collectivités locales et les organismes de protection sociale.

Participation aux instances

chargées de la solidarité et de la santé : l'international et la recherche

La DREES participe au conseil d'administration et au conseil scientifique des établissements nationaux des secteurs sanitaire et social placés sous la tutelle du ministère des Solidarités et de la Santé. Elle participe aux instances chargées des questions en matière de solidarité, de santé et d'assurance maladie.

La DREES alimente les bases de données Eurostat, de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), ainsi que celles des institutions spécialisées de l'Organisation des nations unies (ONU), grâce aux données qu'elle collecte et participe aux groupes d'experts chargés des réflexions sur les évolutions de ces systèmes d'observation.

La collaboration avec les organismes internationaux

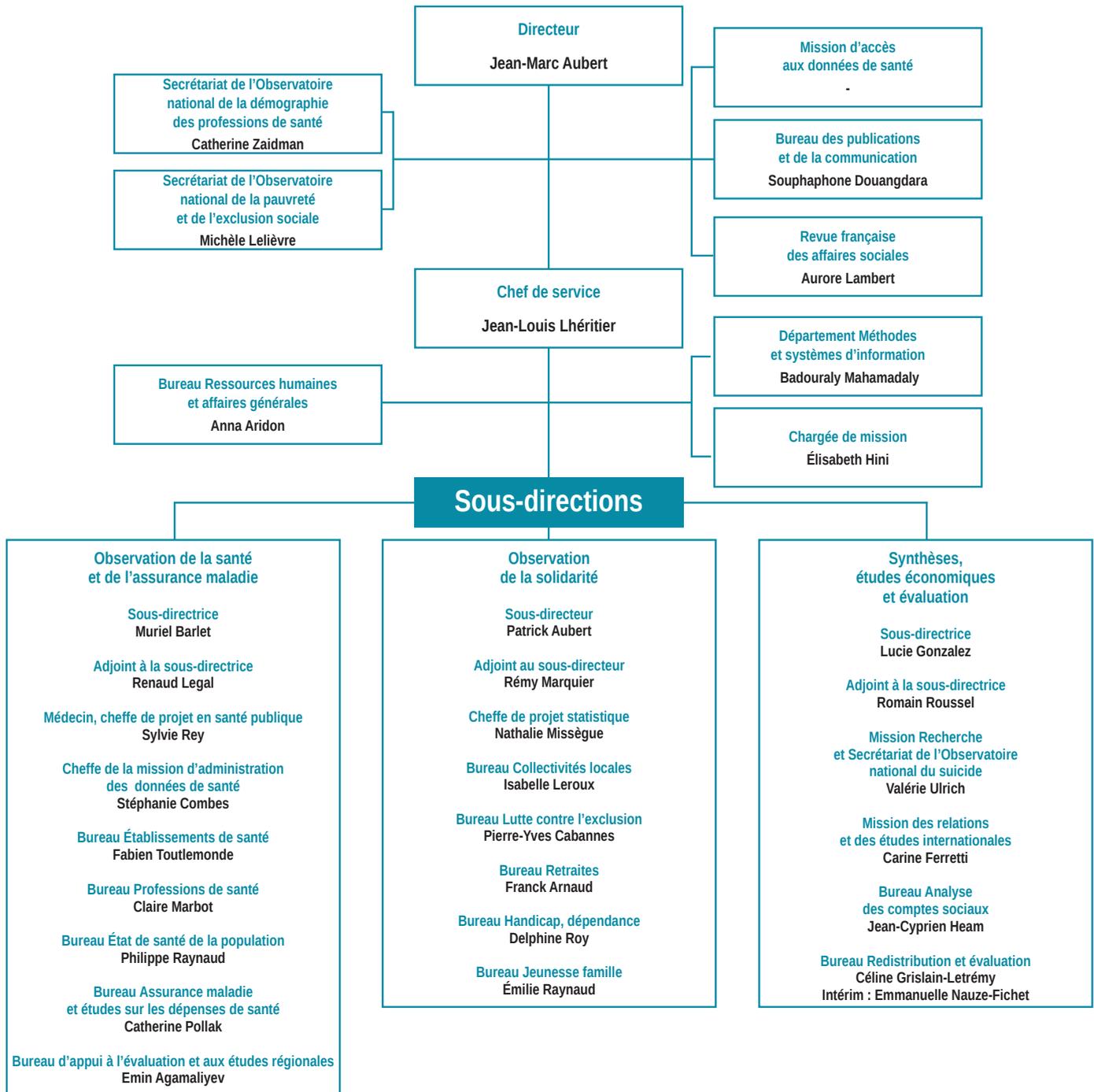
La DREES participe aux travaux des organismes internationaux chargés du suivi des questions sanitaires et sociales. Au niveau européen, elle siège au sous-groupe indicateurs du Comité de la protection sociale où elle représente la France. Elle participe aux réunions du groupe de travail sur la santé publique d'Eurostat et aux travaux de plusieurs de ses groupes d'expertise. Elle représente également la France au groupe de travail sur les politiques sociales (WPSP) et, au côté de la Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI), au Comité de l'emploi, du travail et des affaires sociales (ELSA) et au Comité de la santé de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), ainsi qu'aux groupes d'experts sur les données de santé et sur les comptes de la santé (SHA).

La collaboration avec les organismes de recherche

La DREES participe aux instances nationales chargées de contribuer à la structuration et au financement de la recherche. Au sein du ministère, elle concourt aux réflexions du comité pour la recherche en santé, à côté des autres directions ministérielles, du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et des caisses de protection sociale. Au sein du Groupement d'intérêt scientifique (GIS) Institut de recherche en santé publique, elle est membre du comité directeur qui décide le programme annuel d'activité et valide les thématiques des appels à recherche lancés par cet institut. Dans le cadre du GIS Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), la DREES et l'Irdes collaborent sur plusieurs projets de recherche et d'enquêtes. La DREES prend part au conseil d'administration et au conseil scientifique de l'Institut national d'études démographiques (Ined), placé sous la tutelle du ministère des Solidarités et de la Santé et du ministère de la Recherche. La DREES est partenaire du GIS Centre de Recherche sur l'Expérience, l'Âge et les Populations au Travail dont l'objectif est de conduire des recherches sur les relations entre âge et travail et fait partie du comité directeur du nouveau GIS Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement dont les missions sont de structurer et de faire connaître la recherche française en sciences humaines et sociales sur le vieillissement. Enfin, la DREES contribue au financement de recherches à travers les différents appels à projets de sa Mission Recherche, de post-enquêtes qualitatives ainsi que de recherches sur les risques psycho-sociaux à l'hôpital dans le cadre d'un appel à projets de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares).

DREES ORGANIGRAMME

au 1^{er} juillet 2018



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

Directeur de la publication Jean-Marc Aubert

Rédaction Patrick Aubert, Muriel Barlet, Lucie Gonzalez, Élisabeth Hini, Jean-Louis Lhéritier

Relecture Sabine Boulanger **Mise en ligne** Chaouki Titouhi

Conception éditoriale Élisabeth Hini

Illustrations > p. 7 © Clémentine Carrière > pp. 13 et 15 © Stéphane Jeandet/DREES

Crédits photos Couverture © KrulUA > deuxième et troisième de couverture, p. 2 © Jacky d. Frenoy/Dicom > p. 4 © Ridofranz > p. 5 © NataliaDeriabina > p. 6 © AlexRaths > p. 8 et 9 © Natali_Mis > p. 11 Terroa > p. 12 © Obencem > p. 13 © shironosov > p. 14 © Visivasnc > p. 16 © Professor25 > p. 17 thekopmylife > p. 18 et 19 © Wavebreakmedia > p. 20 © fstop123 > p. 21 © Zaikina > p. 22 © XiXinXing > p. 23 © KatarzynaBialasiewicz > p. 24 © kali9 > p. 25 © dcdp > p. 26 © RamCreativ > p. 28 et 29 © KrulUA > p. 30 et 31 © berya113



10 avril 2018
Séminaire DREES



ISSN 2497-2452