

DREES

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

Rapport d'activité 2019



Sommaire

2-3	Le mot du directeur
	<i>Faits marquants</i>
4	13,2 % des dépenses de santé financées par les organismes complémentaires
5	Retraites : 16 % des montants versés au titre de la solidarité
6	Enquête santé européenne : un outil pour les politiques publiques de santé
7	Innover dans la mise à disposition des données
8-9	Aide à la décision - Accompagnement des politiques publiques
10-12	Enquêtes et opérations statistiques
13	Premiers résultats
14-15	L'observation de la santé
16-17	<i>État de santé et recours aux soins</i>
	Quelle accessibilité aux professionnels de premiers recours ?
	Mieux connaître les conduites suicidaires et améliorer les systèmes d'information
18	<i>Établissements de santé</i>
	Structures mobiles d'urgence et de réanimation : des disparités territoriales d'activité
19	<i>Professionnels de santé</i>
	61 % des médecins généralistes libéraux exercent en groupe
20	<i>Dépenses de santé</i>
	8,6 % du PIB pour la consommation de soins et de biens médicaux en 2018
21	<i>Pertinence des soins</i>
	Quels éléments déterminent la prise en charge en ambulatoire ?
22-23	L'observation des solidarités
24	<i>Handicap et invalidité</i>
	Éviter les ruptures d'accompagnement des jeunes adultes handicapés
25	<i>Personnes âgées et vieillissement</i>
	Adaptation de la société au vieillissement : une revalorisation des plans d'aide
26	<i>Enfance, famille, jeunesse</i>
	Quelle qualité de vie pour 14 millions d'enfants en France ?
27	<i>Minima sociaux et pauvreté</i>
	Conditions de logement des bénéficiaires de revenus minima garantis
28	<i>Professionnels du social</i>
	Le personnel des centres d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale
29	<i>Protection sociale et redistribution</i>
	La France consacre un tiers de son PIB à la protection sociale
30	<i>Publications et communication</i>
	Une offre éditoriale qui se diversifie
31	<i>Revue française des affaires sociales</i>
	Un rôle de passerelle dans le paysage du social
33	Organigramme

Site internet <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>

Contact : drees-infos@sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur www.data.drees.sante.gouv.fr



Fabrice Lenglard, directeur de la DREES

Un engagement fort dans l'appui à la décision publique

En tant que direction d'administration centrale, la DREES a pour mission d'apporter son appui à la conception, au suivi et à l'évaluation des politiques publiques dans les champs sanitaires et sociaux. L'année 2019 a été marquée par une intense activité dans le domaine de la conception des politiques sociales et des politiques de santé. Plus que jamais, les compétences, les données et les outils de microsimulation de la direction ont été mobilisés pour alimenter les travaux préparatoires aux réformes ou participer à leur suivi et à leur évaluation. Nous avons ainsi contribué aux travaux préparatoires à la réforme des retraites, à la réflexion autour du revenu universel d'activité, à la concertation sur le chantier « grand âge et autonomie », au suivi de la mise en œuvre du 100 % santé ou à l'évaluation de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2018. La DREES a également donné corps à l'ambition numérique portée par l'article 41 de la loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé en pilotant la création de la plateforme des données de santé (dite « Health-Data-Hub »), groupement d'intérêt public mis en place le 30 novembre 2019.

Un champ d'observation très large

La DREES est une direction d'administration centrale particulière, car elle est aussi un service statistique membre du service statistique public coordonné par l'Insee. À ce titre, sa raison d'être est aussi de concourir à une meilleure connaissance et compréhension des phénomènes économiques et sociaux dans le champ de la solidarité et de la santé. C'est pour soutenir cette ambition que notre direction réalise chaque année de grandes enquêtes statistiques et administratives ou collecte et exploite les données produites par d'autres administrations,

sous la stricte surveillance du Conseil national de l'information statistique (CNIS), de l'Autorité de la statistique publique (ASP) et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Construire, maintenir et améliorer en continu ces infrastructures statistiques est une entreprise de longue haleine, qui nécessite toujours des engagements sur longue période pour parvenir à offrir l'information statistique et les études et analyses utiles. L'année 2019 a vu l'aboutissement d'efforts engagés auparavant, avec 61 publications dans les collections de la DREES et cinq numéros de la

Revue française des affaires sociales, valorisant les résultats des opérations statistiques réalisées les années précédentes, sur des sujets variés. Ont été ainsi abordés dans le domaine sanitaire, l'accessibilité aux professionnels de santé de premier recours, les modes d'exercice des médecins généralistes libéraux, les disparités territoriales d'activité des structures mobiles d'urgences et de réanimation, le paysage hospitalier français, les déterminants de la prise en charge ambulatoire, les conduites suicidaires, la santé des élèves de grande section de maternelle, la complémentaire santé. Dans le domaine social, ont été étudiés le profil des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap, l'accueil des jeunes adultes handicapés, la situation des retraités, les conditions de logement des bénéficiaires de revenus minima garantis, la qualité de vie des enfants en France, la montée en charge des mesures de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, les personnels des centres d'hébergement pour adultes en difficultés...

Des opérations statistiques innovantes

L'engagement dans la durée des équipes de la DREES a été marqué en 2019 par la préparation d'opérations statistiques innovantes. L'« EDP-Santé », projet qui apparie les données de « l'échantillon démographique permanent » de l'Insee avec les données du Système national des données de santé de la Caisse nationale d'assurance maladie, arrive enfin en phase d'exploitation. Il permettra de renouveler l'analyse des inégalités sociales de santé et de leur dynamique. Dans le champ social, le dispositif d'enquêtes Autonomie, qui vise à dresser un panorama des conditions de vie des personnes en situation de handicap et de dépendance a été mis sur les rails : les premiers recueils débiteront en 2021. Membre du système statistique public national, la DREES l'est aussi au niveau européen. À ce titre, elle contribue à la construction

d'indicateurs harmonisés au niveau communautaire dans le champ de la santé et de la protection sociale, alimentés grâce à de grandes enquêtes de référence comme la Statistique annuelle des établissements de santé, ou participe à la réalisation d'enquêtes harmonisées avec nos partenaires européens, comme l'enquête européenne de santé, étendue pour la première fois aux départements et régions d'outre-mer.

Le souci constant d'améliorer l'accès aux données

Enfin, la DREES a généralisé la mise à disposition et la diffusion de ses données, en direction des chercheurs, des spécialistes mais aussi du grand public. Elle a continué à enrichir son site d'open data, data.drees. Elle a noué un partenariat avec le Centre d'accès sécurisé aux données (CASD) afin de faciliter l'accès des chercheurs à ses données et a organisé de nombreux séminaires. Elle développe de nouveaux outils de diffusion comme les infographies, les datavisualisations et les vidéos afin de faciliter l'accès du grand public à ses travaux. En 2019, elle a lancé la refonte de son site internet qui aboutira en 2020.

La sélection des opérations statistiques et des études présentées dans ce rapport d'activité montre le défi que la DREES doit relever : couvrir un large champ d'observation avec des données de qualité grâce à une équipe engagée et compétente. Les retombées médiatiques et la fréquentation de son site internet témoignent de l'intérêt que ses travaux suscitent auprès d'un large public. La visibilité des travaux de la DREES dans les médias a ainsi progressé en 2019 non seulement en presse écrite (+7 %) et sur le web éditorial (+16 %), mais surtout dans les médias audiovisuels (+70 %). La DREES évolue et renouvelle en permanence ses productions pour donner à voir et à comprendre les questions sanitaires et sociales. Ce rapport d'activité en témoigne.

13,2 % des dépenses de santé

financées par les organismes complémentaires

64 millions
de personnes couvertes
par une assurance
complémentaire santé

Dans son Panorama *La complémentaire santé*, la DREES présente les caractéristiques de chaque type de contrat, les organismes complémentaires qui les proposent et leur place dans le financement des dépenses de santé. Elle examine la prise en charge des différents postes de soins et décrit les dispositifs spécifiques destinés aux personnes les plus vulnérables. Elle peut ainsi mesurer les effets des différentes réformes.

95 % de la population est couverte
par une assurance santé complémentaire

Qu'elle soit individuelle ou collective, l'assurance santé complémentaire couvre plus de 95 % de la population en France, soit 64 millions de personnes. Elle finance des dépenses non couvertes par l'assurance maladie obligatoire et favorise l'accès aux soins. Essentiellement gérée par des

acteurs privés, l'assurance complémentaire santé est néanmoins régulée. Depuis plusieurs années, les niveaux de prise en charge sont encadrés afin de responsabiliser financièrement les patients, d'assurer une prise en charge minimale et de modérer les prix pratiqués par les professionnels de santé.

Généralisation de la complémentaire d'entreprise

La généralisation de la complémentaire d'entreprise, mesure entrée en application au 1^{er} janvier 2016, a rendu obligatoire la souscription d'une offre de complémentaire santé par les entreprises du secteur privé à destination de leurs salariés. Depuis, près de neuf salariés sur dix sont couverts par un contrat collectif en 2017, contre sept sur dix en 2014. Dans l'ensemble, les niveaux de couverture des salariés ont progressé, mais des inégalités demeurent.

Des dispositifs indispensables pour les plus modestes

Les personnes les plus précaires, et en particulier celles exclues du marché du travail, ne bénéficient pas, pour la plupart, de la complémentaire collective et de sa généralisation. Plusieurs dispositifs tels que la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) permettent aux ménages modestes de bénéficier d'une prise en charge complémentaire à l'assurance maladie obligatoire. La CMU-C compte 5,5 millions de bénéficiaires en 2017. En 2018, 1,2 million de personnes bénéficient d'un contrat ACS.

Huit organismes complémentaires sur dix couvrent des risques sociaux

En 2016, les organismes complémentaires, mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance, ont perçu 70 milliards d'euros de cotisations au titre des risques sociaux et ont reversé 51 milliards d'euros de prestations, ce qui représente plus d'un quart de leur activité. Huit organismes sur dix gèrent des contrats couvrant des risques sociaux. La DREES propose pour la première fois une estimation du nombre de personnes couvertes et servies par type de risques, notamment pour des risques comme la dépendance dont la couverture est plus récente. Elle met en évidence l'ampleur du phénomène. Ainsi, en 2016, entre 23 et 30 millions de personnes seraient couvertes en cas d'invalidité pour 0,3 à 0,4 million de bénéficiaires servis.

Montaut, A., Adjerad, R. (2019, janvier). Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social. DREES, *Études et Résultats*, 1101.

Barlet, M., Gaini, M., et al. (dir.), (2019, avril). *La complémentaire santé Acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

Adjerad, R. (2019, avril). Complémentaire santé : la hausse modérée de la part des contrats collectifs se poursuit en 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1112.

Adjerad, R., (2019, décembre). *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé - édition 2019*. DREES, Rapport.

Retraites : 16 % des montants versés
au titre de la solidarité

Dans son Panorama *Les retraités et les retraites*, la DREES explore l'ensemble des composantes concernant les retraites et l'invalidité. En effet, l'enquête annuelle auprès des caisses de retraite (EACR) montre que fin 2017, 819 000 personnes bénéficient d'une pension d'invalidité dans l'un des régimes de base. Cette édition 2019 actualise de nombreuses données grâce aux résultats de l'échantillon interrégimes de retraités (EIR) 2016.

Un âge moyen de départ en retraite de 62,5 ans en 2017

Fin 2016, 16,1 millions de personnes, résidant en France ou à l'étranger sont retraitées de droit direct d'au moins un régime français, soit 149 000 personnes de plus que l'année précédente. En 2017, l'âge conjoncturel moyen de départ à la retraite est de 62 ans et 1 mois pour les retraités résidant en France. Il est en progression continue depuis 2010 (+1 an et 7 mois) à la suite, principalement, du relèvement des bornes d'âge issu de la réforme de 2010.

Une pension moyenne de 1 472 euros bruts mensuels

Fin 2016, parmi les retraités résidant en France, la pension moyenne de droit direct, tous régimes confondus, s'établit à 1 472 euros bruts mensuels, soit 0,9 % de plus en euros constants par rapport à 2015. En tenant compte des pensions de réversion perçues par les retraités veufs ou veuves, la pension totale s'élève à 1 625 euros par mois, soit 1 521 euros nets des prélèvements sociaux. La pension moyenne de droit direct augmente de 30 % pour la génération née en 1950 par rapport à celle née en 1930. Cette progression s'explique par le fait que les personnes récemment retraitées ont eu des carrières plus favorables que leurs aînés.

Arnaud, F. (dir.), Collin, C. (coord.), (2019, juin). *Les retraités et les retraites - édition 2019*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

Langevin, G., Martin, H. (2019, septembre). Non-recours : à 70 ans, un tiers des assurés n'ont pas fait valoir tous leurs droits à retraite. DREES, *Études et Résultats*, 1124.

voir p. 13, Premiers résultats, Chartier, F. (2019, juillet). *Études et Résultats*, 1119.

Cheloudko, P. (2019, juin). Pensions de retraite : les dispositifs de solidarité représentent 16 % des montants versés. DREES, *Études et Résultats*, 1116.

datavisualisation (2019) Distribution des pensions et des âges de retraite - Résultats de l'échantillon interrégimes de retraités (EIR), vague 2016. dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/distribution_pensions/

data.drees Données statistiques sur les caractéristiques des retraités-Résultats de l'EIR 2016.

Les dispositifs de solidarité représentent 16 % des montants versés

Sur 16,1 millions de retraités de droit direct en 2016, 14,9 millions sont concernés par au moins un des dispositifs explicites de solidarité, comme les droits familiaux ou les minima de pension. Ils représentent 16,3 % du montant des retraites de droit direct. Ces dispositifs de solidarité bénéficient prioritairement aux retraités dont la pension de retraite est inférieure à 680 euros mensuels. Cette solidarité peut s'élever à plus de 50 % des montants de pension. Plus le niveau de pension des retraités augmente, plus la part des mécanismes de solidarité dans ces pensions décroît. Néanmoins, pour les assurés du dernier quartile de niveau de pension (1 900 euros de pension mensuelle ou plus) cette part reste supérieure à 13 %.



Enquête santé européenne : un outil

pour les politiques publiques de santé

Enquête santé européenne

avril à décembre 2019
20 000 personnes seront interrogées

État de santé

Parcours de soins

Sport, alimentation, mode de vie



Un enquêteur vous contactera prochainement. Votre participation est essentielle à la qualité des résultats.

Les données de cette enquête sont strictement confidentielles et ne seront pas divulguées à l'extérieur de l'établissement. Toutes les données sont collectées et traitées de manière sécurisée et sont disponibles sur le site internet : www.ehis2019.eu

Réalisée dans les 28 pays de l'Union européenne en 2019, l'Enquête santé européenne (European Health Interview Survey - EHIS) a été menée en métropole par la DREES et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). C'est la troisième édition de cette enquête, après 2008 et 2014. Si l'obligation européenne porte sur sa réalisation en métropole, pour la première fois, la DREES l'a étendue aux cinq départements et régions d'outre-mer (DROM : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, La Réunion). Dans l'enquête santé DOM, un échantillon représentatif de personnes dans chacun des DROM a été interrogé de manière à analyser les résultats à l'échelle de chacun de ces territoires.

Observer l'état de santé de la population

L'Enquête santé européenne porte sur l'état de santé, le recours aux soins, les facteurs de risque en santé. Plus de 14 000 personnes résidant en métropole et environ 2 000 par DROM y ont répondu. Elles sont âgées de 15 ans ou plus et vivent dans un logement ordinaire. Les personnes ont été tirées au sort à partir des fichiers fiscaux de la Direction générale des finances publiques. Les entretiens, par téléphone ou en présentiel, ont porté sur la santé ressentie, les limitations d'activité, les visites chez le médecin ou à l'hôpital, la réalisation de tests de dépistage, le renoncement aux soins, l'indice de masse corporelle, la pratique sportive, l'alimentation, la consommation de tabac et d'alcool, les conditions de logement... Certaines questions ont été spécifiquement ajoutées pour cerner les problématiques de santé des différents DROM.

Éclairer des thématiques liées au système d'assurance santé

Dans la version française de l'enquête, des questions portant sur le système français d'assurance santé, et notamment sur la complémentaire santé, ont complété l'édition 2019. Deux questions sur le non-recours à l'optique et aux prothèses auditives ont également été ajoutées au module européen concernant les besoins de soins non satisfaits.

Situer la France en Europe au regard des grands indicateurs de santé européens

Transmises à Eurostat une fois les redressements des données finalisés, les informations recueillies dans l'enquête donneront lieu à la publication, sur le site internet d'Eurostat, d'indicateurs standardisés qui permettent de mesurer les écarts entre pays européens. Les données alimentent plusieurs projets européens (la base European Core Health Indicators, les indicateurs de l'Union européenne relatifs aux objectifs de développement durable, les indicateurs de la qualité de vie...)

Un outil pour la recherche

Les données seront également mises à disposition de la recherche. De surcroît, elles seront enrichies, par appariement, avec le système national des données de santé (SNDS) et les données fiscales.

Enquête santé européenne drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etat-de-sante-et-recours-aux-soins/article/enquete-sante-europeenne-2019

L'activité à l'international de la DREES

La DREES s'implique au niveau de l'Union européenne et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), notamment pour la mise en œuvre du système d'information statistique harmonisé entre les États et la construction d'indicateurs de suivi des politiques publiques sur le champ des solidarités et de la santé. La DREES est ainsi mobilisée, dans le cadre du Service statistique public et des ministères sociaux, dans plus d'une dizaine de groupes et de comités d'experts au niveau international.

La DREES transmet ses nombreuses données aux organisations internationales, principalement dans le cadre des systèmes harmonisés des comptes de la protection sociale et des comptes de la santé, mais aussi du questionnaire commun sur les établissements de santé, les ressources humaines dans ce secteur et l'utilisation des soins de santé.

Depuis la création de la DREES, ce sont plus d'une soixantaine d'études en comparaison internationale qui ont été réalisées par l'ensemble de ses équipes. Dans les années à venir, la direction va poursuivre et amplifier ses investissements dans les comparaisons internationales, en restant toujours aussi attentive aux questions de comparabilité entre pays (avis n° 6 du Moyen terme du Cnis).

Innovier dans la mise à disposition des données

Depuis plusieurs années, la DREES a investi afin de faciliter l'accès aux données. Elle a ainsi piloté la mise en place de la « Plateforme des données de santé ». Elle a signé un accord avec le Centre d'accès sécurisé aux données, pour faciliter l'accès des chercheurs aux données qu'elle produit. Enfin, elle a également investi dans la datavisualisation, en développant notamment l'application R Shiny.



Élargir et sécuriser la mise à disposition des données de santé avec la création de la Plateforme des données de santé (Health Data Hub)

La DREES a contribué à concrétiser l'ambition numérique inscrite dans la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS). L'article 41, voté le 24 juillet 2019, élargit le système national des données de santé (SNDS) et instaure une plateforme de mise à disposition des données de santé (Health Data Hub) se substituant à l'Institut national des données de santé (INDS). Le groupement d'intérêt public « Plateforme des données de santé » a ainsi été créé le 30 novembre 2019. Il a notamment pour mission la mise en œuvre d'une plateforme technologique afin de mettre à disposition, de manière ultra sécurisée, les données du SNDS, ouvrant ainsi de larges perspectives pour faire avancer la recherche, éclairer le décideur ou le citoyen. Le traitement de masse des données de santé et l'intelligence artificielle vont permettre d'importants progrès dans l'accompagnement des patients, l'évaluation et le choix des traitements et la gestion du système de santé. Ces données doivent donc être mises pleinement au service du plus grand nombre dans le respect de l'éthique et des droits fondamentaux des citoyens. D'ici à 2022, la Plateforme des données de santé devra enrichir son catalogue de données, déployer une offre attractive de services pour faciliter le traitement et l'usage des données tout en garantissant leur sécurité, informer les usagers du système de santé, leur faciliter l'exercice de l'ensemble de leurs droits, et acquérir une visibilité nationale et internationale. Elle s'appuiera pour cela sur des partenariats, prioritairement en France et en Europe, avec des instituts de recherche et des producteurs de données.

health-data-hub.fr/

Des données sur la santé et la protection sociale accessibles aux chercheurs

Face à un besoin d'accès aux données détaillées exprimé par la communauté de la recherche, une convention pour la mise à disposition de données portant sur la santé et la protection sociale a été signée entre le Centre d'accès sécurisé aux données et la DREES. Désormais accessibles aux chercheurs, ces données sécurisées sont regroupées autour de quatre principaux thèmes : Handicap-Dépendance (enquête CARE – Capacités, Aides et REssources des seniors) ; Jeunesse-Famille (enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants) ; Lutte contre l'exclusion (enquête sur les bénéficiaires de minima sociaux) ; Retraites (échantillon interrégimes de retraités). La mise à disposition de ces données ouvre de nouvelles perspectives pour la recherche.

Convention de mise à disposition de données avec la DREES <https://www.casd.eu/convention-de-mise-a-disposition-de-donnees-avec-la-drees/>

Produire des données attractives grâce à la datavisualisation

La datavisualisation permet de créer des visuels sous forme d'illustrations, d'infographies ou encore de vidéos pour présenter des informations statistiques de façon attractive. Elles sont mises à la disposition du grand public ou de décideurs opérationnels sur le site internet de la DREES. L'enjeu est de permettre aux utilisateurs de croiser des données de façon dynamique.

Certaines de ces datavisualisations ont été créées à partir de l'application R Shiny qui est un ensemble de fonctions, dit package, du logiciel « R » de traitement statistique des données. En décembre 2019, plus de huit datavisualisations couvrant des thématiques aussi diverses que les professionnels de santé, les indicateurs de santé, les conditions de vie des enfants ou les limitations fonctionnelles chez les plus âgés ont été publiées sur le site de la DREES.

Aide à la décision et accompagnement des politiques publiques

En tant que direction d'administration centrale, la DREES a un rôle d'appui et de conseil auprès des autres directions opérationnelles du ministère des solidarités et de la santé et des ministres et secrétaires d'État dont elle dépend. Elle mobilise à cet effet ses bases de données mais aussi des outils de microsimulations qui permettent de calibrer et d'évaluer l'impact de réformes dans le champ de la protection sociale.

Enfin, elle contribue au suivi et à l'évaluation des politiques publiques dans son domaine.

Ines : un modèle de microsimulation pour évaluer l'impact des prestations sociales

Le modèle Ines simule la législation sociale et fiscale française à partir des enquêtes Revenus fiscaux et sociaux de l'Insee. Il a été développé conjointement par la DREES et l'Insee pour évaluer en particulier l'impact budgétaire et redistributif de réformes (déjà mises en œuvre ou en discussion) de nombreux prélèvements et prestations sociales : prestations familiales, allocations logement, minima sociaux, cotisations et contributions sociales, impôt sur le revenu...

La DREES mobilise le modèle Ines afin d'éclairer le débat économique et social et en tant qu'outil d'aide à la décision pour calibrer des réformes. En 2019, Ines a permis, comme chaque année, d'étudier l'impact des réformes sociales et fiscales de l'année passée. Il a également été largement mobilisé pour les travaux interministériels sur le revenu universel d'activité (RUA, voir ci-dessous).

Les chantiers ministériels du revenu universel d'activité

La DREES a largement participé aux travaux interministériels, engagés depuis début 2019, visant à établir des scénarios possibles de mise en place d'un revenu universel d'activité (RUA) en en documentant les impacts, notamment sur le plan économique ou social. Ces travaux techniques sont organisés en huit groupes de travail (GT) thématiques. La DREES a été impliquée dans les travaux du GT1 visant principalement à fournir, à l'aide du modèle de microsimulation Ines (voir ci-dessus), des éléments concernant l'impact du RUA sur les inégalités de niveau de vie. Pour chaque thème, les experts de la DREES ont également contribué aux travaux du GT3 sur les jeunes adultes, ainsi qu'aux réflexions menées au sujet des personnes handicapées (GT2), du logement (GT4) ou des interactions entre le RUA et le marché du travail (GT6).

Réforme des retraites

La DREES a participé activement à la préparation de la réforme des retraites en 2019, pour le secrétariat d'État aux Retraites. Outre des évaluations sur le système de retraite actuel (par exemple sur les minima de pension), de nombreuses simulations ont été réalisées pour éclairer les effets budgétaires et redistributifs de réformes paramétriques et systémiques. Elle a pour cela développé et mobilisé son modèle de microsimulation dynamique TRAJECTOIRE pour évaluer les effets de l'instauration d'un régime universel en points.

Réforme du grand âge

La DREES participe aux concertations visant à la rédaction du projet de loi Grand âge et autonomie. Elle apporte des éclairages démographiques et financiers sur la perte d'autonomie à partir des remontées individuelles APA, ASH et PCH et des enquêtes Aide Sociale, CARE, et EHPA. La DREES conduit les évaluations des impacts financiers des différents scénarios de réforme portant sur la prise en charge à domicile, en

Aide à la décision et accompagnement des politiques publiques

résidence autonomie et en établissement d'hébergement pour personnes dépendantes, grâce au modèle de microsimulation Autonomix. Elle participe également à la rédaction des textes législatifs et réglementaires encadrant les remontées statistiques sur les bénéficiaires d'aides sociales de la future réforme, dans le but d'améliorer les capacités de suivi de la prise en charge de la dépendance.

Réduire significativement le non-recours aux prestations sociales

La DREES a piloté l'expérimentation des « rendez-vous des droits élargis » menée auprès de demandeurs d'emploi en début ou en fin de droits, dans l'objectif de réduire le non-recours aux prestations sociales. Sur le principe du « rendez-vous des droits » proposé par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) à ses allocataires les plus vulnérables, un entretien personnalisé a été proposé aux personnes conviées afin de leur donner une information complète sur les droits sociaux dont elles pourraient bénéficier et leur proposer un accompagnement renforcé pour entreprendre des démarches. Cette expérimentation, menée en partenariat avec la CNAF, Pôle emploi et l'École d'économie de Paris à destination de la Commission européenne, montre que le recours aux prestations sociales s'accroît significativement pour les personnes conviées à ces rendez-vous.

Réforme du 100 % Santé

La DREES participe au suivi statistique et au rapport du comité de suivi du « 100 % Santé ». Cette réforme a pour objectif un reste à charge zéro sur un panier de soins en dentaire, optique et audiologie, les coûts devant être pris en charge par l'Assurance maladie et les complémentaires santé. La DREES fournit une série d'indicateurs dans les trois domaines concernés par la réforme, parmi lesquels figurent les niveaux de garantie des contrats responsables et les taux de renoncement aux soins dentaires pour raisons financières. Trois autres indicateurs sont calculés pour l'optique et les soins dentaires : les restes à charge moyens après assurance maladie obligatoire et assurance complémentaire, les dépenses des organismes complémentaires et les dépenses totales. Par ailleurs, la DREES réalise des travaux d'évaluation de l'impact de la réforme 100 % Santé sur le prix des complémentaires santé.

Cellule d'évaluation de l'article 51

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 vise à expérimenter des organisations innovantes faisant appel à des modes de financement et d'organisation inédits, afin d'inciter à la coopération entre les acteurs du système de santé. Ce faisant, ces expérimentations doivent également concourir à un objectif d'efficacité du système de santé et de meilleure prise en compte de la prévention et de la qualité des soins. Enfin, ces expérimentations sont aussi l'occasion de promouvoir les innovations technologiques qui favorisent l'émergence de ces nouvelles organisations. Les projets ont vocation à être généralisés dans le droit commun en fonction de leurs résultats. La DREES et la Caisse nationale de l'assurance maladie pilotent l'évaluation de l'article 51, chaque expérimentation faisant l'objet d'une évaluation qualitative et/ou quantitative.

Fin 2019, près de cinquante projets ont déjà été autorisés, et leur nombre ne cesse de croître. Les projets ont couvert des thématiques aussi variées que la réadaptation cardiaque ou la vaccination de l'hépatite C.

Enquêtes et opérations statistiques

La DREES est le service statistique du ministère des Solidarités et de la Santé. Elle fait partie du service statistique public, tout comme l'Insee et les autres services statistiques ministériels. Sa mission consiste notamment à produire et à diffuser des statistiques de référence, des analyses et des études dans les domaines de la santé et du social, et à contribuer aux statistiques internationales. Pour ce faire, elle exploite les données d'autres organismes et réalise des enquêtes auprès des ménages et des établissements sanitaires et sociaux.

Chaque projet d'enquête est présenté au Conseil national de l'information statistique (Cnis), qui délivre un avis d'opportunité attestant que celui-ci correspond à un besoin d'intérêt public. Le projet est ensuite soumis au Comité du label de la statistique publique, qui vérifie sa qualité scientifique et délivre un avis de conformité ou, dans certains cas, un label d'intérêt général et de qualité statistique. Le Cnis délivre alors un visa, avec proposition ou non du caractère obligatoire de l'enquête. Le programme d'enquêtes de la statistique publique est publié chaque année au Journal officiel.

Par ailleurs, l'Autorité de la statistique publique est chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des statisticiens publics dans la conception, la production et la diffusion de leurs résultats, conformément au Code de bonnes pratiques de la statistique européenne. Elle veille également à la qualité des statistiques publiques et est garante de leur fiabilité et de leur pertinence.

EDP Santé

Mieux connaître les inégalités sociales et territoriales de santé

L'EDP-Santé est un projet qui vise à étudier les inégalités sociales de santé et à évaluer la Stratégie nationale de santé 2018-2022.

La DREES, pilote du dispositif, est chargée d'apparier les données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent (EDP), géré par l'Insee, aux données de recours aux soins issues du système national des données de santé, géré par la Caisse nationale de l'Assurance maladie. Les données commenceront à être exploitées en 2020.

L'EDP-Santé comble un vide en offrant un échantillon suffisamment large pour l'étude des déterminants sociaux et territoriaux de la santé et du recours aux soins. Les données de panel ainsi rassemblées contiennent des informations sur l'état de santé, le recours aux soins et le montant des dépenses en soins, ainsi que sur les causes de décès, à mettre en regard avec des informations sur la situation démographique, sociale et économique, ainsi qu'avec les trajectoires spatiales et professionnelles de chacune de ces personnes. En cela, l'EDP-Santé ouvre la voie à de nombreux sujets d'études et de recherches et constituera un outil pour éclairer les politiques publiques.

SAE

La démarche qualité de la statistique annuelle des établissements de santé

L'adoption, en 2005, du Code de bonnes pratiques de la statistique européenne (CBPSE) a donné une définition plus précise de la qualité statistique et un cadre pour l'évaluer, afin de renforcer la confiance dans les statistiques européennes. Au sein de la DREES, une première « démarche qualité » complète a été finalisée en 2019 pour la SAE, source d'informations sur les établissements de santé publics et privés installés en France.

La démarche a consisté à produire les différents « livrables » du cadre d'analyse européen : description complète du processus (des fournisseurs de données entrantes jusqu'aux utilisateurs finaux et produits de diffusion) ; analyse des risques (identification des possibles causes-effets, cotation de leur criticité et de leur degré de maîtrise) ; analyse de la qualité au regard des seize principes du CBPSE ; plan d'action pour la période 2020-2022.

Cette démarche a révélé la complexité du processus de la SAE, impliquant beaucoup de sources et d'acteurs. Elle identifie un nombre élevé de risques (145), mais dont aucun n'est critique et 12 seulement sont « partiellement maîtrisés », relatifs aux ressources informatiques et humaines. Le plan d'action vise à améliorer leur maîtrise d'ici à deux ans. Enfin, au regard du CBPSE, le processus de la SAE apparaît d'une bonne qualité, comparable à celle l'indice des prix à la consommation de l'Insee.

www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm

Enquêtes et opérations statistiques

Autonomie

Enrichir la connaissance dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie

La DREES, avec de nombreux partenaires dont l'Insee, a élaboré un dispositif d'enquêtes « Autonomie » qui vise à dresser un panorama des conditions de vie des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Un questionnaire auprès des aidants informels complète ce dispositif, apportant des informations sur l'aide apportée et ses conséquences. Ce dispositif s'inscrit dans la lignée des grandes enquêtes sur le handicap et la dépendance initiées par l'enquête Handicap, incapacités, dépendance de 1998-2001, et poursuivie par l'enquête Handicap-Santé de 2007-2009.

L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS), qui se déroulera de février à juin 2021, est la 1^{ère} brique de ce dispositif. Elle vise à repérer, par un bref questionnaire, les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie vivant en logement ordinaire, de façon à les surreprésenter dans l'enquête Autonomie-Ménages. En outre, des analyses territoriales contribueront à l'analyse

des disparités entre départements au regard du handicap et de la perte d'autonomie. Elle est poursuivie par deux enquêtes, Autonomie-Ménages (d'octobre 2021 à juin 2022) et Autonomie-Établissements (2022-2023)*.

Les volets « Individus » de ces enquêtes visent à décrire plus finement la situation des personnes par rapport aux formes de handicap et de perte d'autonomie. Les informations recueillies permettront d'analyser leurs conditions de vie, les difficultés rencontrées dans leur vie quotidienne et leur participation à la vie sociale. L'appariement à des données administratives permettra de surcroît d'étudier les comportements de recours ou non aux prestations sociales.

Les volets « Aidants » auront pour objectif de décrire et de mesurer l'aide apportée par les aidants informels aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie, ainsi que les conséquences de l'aide sur leur qualité de vie. Ce dispositif réalisé en partenariat avec l'Insee a bénéficié de l'appui de...

*Établissements d'hébergement pour personnes handicapées et pour personnes âgées, établissements spécialisés en santé mentale, établissements pénitentiaires, établissements pour la protection de l'enfance.

OC Améliorer la connaissance sur l'activité des complémentaires santé

L'enquête Organismes complémentaires de la DREES permet de dresser une vue d'ensemble de l'activité des organismes proposant des couvertures complémentaires santé, la population qu'elles couvrent, les garanties qu'elles offrent, et leurs modes de tarification.

L'enquête interroge des organismes assurant une couverture complémentaire santé et contribuant au financement du Fonds de la Complémentaire santé solidaire, via la taxe de solidarité additionnelle. Elle englobe les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. En 2019, le champ de l'enquête couvre les organismes d'au moins 5 millions d'euros de chiffre d'affaires en santé, représentant 99 % des cotisations récoltées sur l'année par les organismes de complémentaires santé et déclarées au Fonds CMU.

Le nouveau protocole d'enquête mis en place pour l'édition 2019 vise à améliorer la représentativité des contrats et permet ainsi une description plus précise de la couverture complémentaire de la population.

Les données recueillies portent sur le nombre d'assurés (ouvrant droits), de personnes couvertes (ouvrant droit et ayants droit), ainsi que les cotisations collectées au niveau de l'organisme et pour chacun des contrats. Ces données contiennent, pour chaque contrat, les modalités de tarification et les clauses particulières de souscription. Une large partie du questionnaire est consacré aux niveaux de garanties des contrats. Celles-ci sont regroupées en sept thèmes : honoraires et soins ambulatoires, pharmacie, appareillage, optique, dentaire, hospitalisation, prévention. Pour les organismes liés à un réseau de soins, les garanties en optique et en dentaire sont déclinées selon que les soins sont réalisés dans le réseau ou hors réseau.

Enquêtes et opérations statistiques

Assistants familiaux

Enrichir les données
sur les professions du social

Pour compléter ses travaux relatifs aux professions sociales, la DREES a prévu de réaliser, avec de nombreux partenaires, une nouvelle enquête sur les assistants familiaux qui se déroulera fin 2020, début 2021. Celle-ci a pour objectif de mieux connaître la profession d'assistant familial : profils, parcours professionnels, motivations et conditions de travail. Elle concerne l'ensemble des professionnels accueillant à leur domicile, de façon permanente, des mineurs et des jeunes majeurs de moins de 21 ans placés par la protection de l'enfance. L'enquête interrogera environ 2 000 assistants familiaux dans une trentaine de départements métropolitains et couvrira à la fois les assistants familiaux employés par un conseil départemental (environ 90 % d'entre eux) et ceux employés par un service de placement associatif habilité.

Avec 75 000 enfants chaque année, l'accueil familial est le premier mode de placement des enfants pris

en charge par la protection de l'enfance. Le nombre d'assistants familiaux en activité est estimé à 40 000 en France métropolitaine. Le profil et l'activité des assistants familiaux ont fait l'objet de peu d'études à ce jour et d'aucune enquête quantitative de la statistique publique. L'activité d'assistant familial, longtemps méconnue, a vu son statut largement réformé par la loi du 27 juin 2005 révisant les conditions d'agrément, les conditions de travail, de rémunération ou encore de formation.

Le manque de reconnaissance de la profession, son vieillissement apparent, et les difficultés de recrutement évoquées par certains conseils départementaux appellent un bilan complet afin d'objectiver les difficultés actuelles et à venir et de documenter la réflexion sur les leviers à envisager pour y remédier.

En 2016, la DREES a fait réaliser une enquête qualitative sur les conditions d'exercice des assistants familiaux. L'enquête statistique prévue pour 2021 s'appuiera sur ces premiers éléments.

Présenté lors de la commission « Emploi, qualification et revenus du travail » du 12 avril 2019, le projet d'enquête a reçu un avis favorable du Conseil national de l'information statistique (Cnis).

Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants

Un panorama complet des solutions d'accueil

L'enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants, réalisée par la DREES, avec de nombreux partenaires, a pour objectif de dresser, tous les six à sept ans, un panorama complet des solutions d'accueil adoptées par les parents pour leurs jeunes enfants, au regard de leurs contraintes professionnelles. Elle vise notamment à reconstituer de façon très précise, sur une semaine type, le calendrier d'accueil des enfants et à identifier l'ensemble des intervenants (les parents eux-mêmes, les professionnels, les proches...) qui se succèdent pour assurer leur prise en charge. Elle est actuellement la seule source abordant l'accueil des enfants du point de vue des familles et la seule à mettre en regard le calendrier d'accueil des jeunes enfants avec celui de l'activité des parents, rensei-

gnant ainsi sur les modes d'organisation entre vies familiale et professionnelle. Elle est par ailleurs la seule source informant sur le recours de l'ensemble des pères au congé de paternité. L'enquête de 2020, éclairera par comparaison avec 2013, les évolutions récentes quant au recours aux différents modes d'accueil et aux modes d'organisation mis en œuvre pour concilier vies familiale et professionnelle. Pour la première fois, l'enquête apportera des informations sur les solutions mobilisées par les parents d'enfants en situation de handicap et ceux vivant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, pour lesquelles l'information est pour l'instant lacunaire. Pour la première fois, enfin, l'enquête sera étendue, au-delà de la France métropolitaine, à La Réunion.

Premiers résultats

En 2019, trois études ont été publiées à partir des premiers résultats d'enquêtes dans trois domaines. Elles concernent les résultats des remontées individuelles sur la prestation de compensation du handicap (RI-PCH 2016), de l'échantillon interrégimes de retraités (EIR 2016) et de la statistique annuelle des établissements (SAE 2018).

RI-PCH Un bénéficiaire de la PCH sur deux est âgé de plus de 50 ans

Les remontées individuelles sur la prestation de compensation du handicap (RI-PCH) permettent à la DREES, de mieux définir le profil des bénéficiaires de la PCH et leur parcours dans le dispositif. Fin 2016, 1 bénéficiaire sur 2 est âgé de plus de 50 ans et 4 sur 10 ont entre 50 et 64 ans. Au-delà de 64 ans, la part de bénéficiaires diminue nettement en raison des conditions de limite d'âge pour solliciter la prestation. 51 % des bénéficiaires de la PCH sont des hommes. 61 % des bénéficiaires de moins de 20 ans sont des hommes. La moitié des bénéficiaires entrants sont âgés de moins de 49 ans. La moitié des sortants sont âgés de plus de 53 ans. Il existe plusieurs motifs de sortie : les décès, les déménagements, la perception d'une autre aide ou le fait de ne plus être éligible à la prestation.

Baradji, É. (2019, juin). Parcours et profils des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap en 2016. DREES, *Études et Résultats*, 1117.

EIR Trois quarts des retraités perçoivent une pension brute inférieure à 2 067 euros par mois

Collecté en 2017-2018, l'échantillon interrégimes de retraités (EIR), porte sur la situation des retraités d'un régime de retraite français au 31 décembre 2016. Ainsi, fin 2016, 16,1 millions de personnes perçoivent une pension de retraite de droit direct, acquise au titre de leur carrière, versée par l'un des régimes de retraite français. La pension moyenne de droit direct brute des retraités résidant en France est de 1 472 euros. Cette pension moyenne s'est accrue de 3,3 % en quatre ans en euros constants. Certains retraités veufs ou veuves peuvent percevoir, en outre, une pension de réversion. En tenant compte de cette pension, 75 % des retraités de droit direct d'un régime de base résidant en France ont une pension totale inférieure à 2 067 euros bruts mensuels.

Chartier, F. (2019, juillet). Fin 2016, trois retraités sur quatre perçoivent une pension brute inférieure à 2067 euros. DREES, *Études et Résultats*, 1119.

SAE Le nombre de places en hospitalisation partielle progresse à un rythme soutenu

En 2018, 1 356 hôpitaux publics, 681 établissements privés à but non lucratif et 999 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Les capacités d'accueil de ces 3 036 établissements de santé se partagent entre hospitalisation complète (396 000 lits) ou partielle (77 000 places). Reflet du développement de l'hospitalisation partielle à l'œuvre depuis plusieurs années, le nombre de lits continue de reculer en 2018 (-1,0 %), tandis que le nombre de places reste dynamique (+2,4 %). Les capacités d'accueil en hospitalisation à domicile continuent aussi de croître (+3,4 % en 2018). Elles représentent désormais 5,5 % des capacités d'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006.

Boisguérin, B., Delaporte, A., et al. (2019, octobre). En 2018, le nombre de places en hospitalisation à temps partiel progresse à un rythme soutenu. DREES, *Études et Résultats*, 1130.



L'observation

de la santé

En 2019, la DREES a apporté son expertise en contribuant à développer l'ambition numérique inscrite dans projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS). La DREES a ainsi porté, puis mis en œuvre, l'article 41 de la loi OTSS élargissant le système national des données de santé et créant le groupement d'intérêt public Plateforme des données de santé, ou « Health Data Hub », (voir p. 3).

La DREES a poursuivi sa participation aux chantiers ministériels : elle a contribué, par un appui statistique, à la mise en œuvre du 100 % Santé, réforme majeure pour faciliter l'accès aux soins des Français (voir p. 9). La DREES s'est également vu confier par le Conseil stratégique de l'innovation en santé le copilotage, avec la Caisse nationale de l'assurance maladie, de la cellule évaluation de l'article 51. À ce titre elle a mis en place le dispositif et élaboré des outils méthodologiques d'évaluation (voir p. 9).

Afin d'augmenter ses capacités de mise en œuvre de travaux innovants, la DREES a constitué, au sein de ses équipes, le « Lab innovation et évaluation en santé » regroupant des experts tant sur le champ de la santé et du numérique que de l'évaluation.

La DREES a intensifié sa production statistique : elle s'est investie dans la réalisation de l'Enquête santé européenne (EHIS) avec d'excellents taux de réponses dans les départements et régions d'outre-mer. Les résultats de cette enquête permettront d'enrichir les données sur l'état de santé de la population en France et en Europe, d'éclairer des thématiques liées au système d'assurance santé et de situer la France en Europe au regard des grands indicateurs de santé européens (voir p. 6).

Elle a également piloté le projet EDP-Santé, qui vise à mieux connaître les inégalités sociales et territoriales de santé. En 2019, elle a obtenu les premières données de l'appariement EDP-SNDS (échantillon démographique permanent enrichi avec les données du système national des données de santé) qui va largement renouveler les études sur les inégalités sociales de santé et nourrir les travaux de recherche.

Afin de consolider la qualité statistique de ses opérations, la DREES a finalisé la démarche qualité de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et lancé un plan d'action, première « démarche qualité » de la DREES (voir p. 10). Comme chaque année, les comptes de la santé sont analysés et mis en perspective internationale dans le Panorama *Les dépenses de santé en France et en Europe*, et présentés en commission (voir p. 20).

Avec la publication de la seconde édition du Panorama *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties*, la DREES a présenté un premier bilan de la réforme de généralisation de la complémentaire santé (voir p. 4).

Les travaux de l'Observatoire national du suicide, dont la DREES assure le secrétariat général, sur les suicides liés au travail et au chômage se sont poursuivis et feront l'objet d'un dossier dans le 4^{ème} rapport de l'Observatoire à paraître en 2020 (voir p. 17).

Pour compléter cette année très riche, la DREES a participé aux séances du séminaire organisé par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur le thème des ressources humaines en santé, en présentant ses différents travaux sur la démographie des professionnels de santé : projection, formation, insertion sur le marché du travail, répartition des professionnels de santé.

Quelle accessibilité aux professionnels

de premiers recours ?

Mesuré par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), l'accès moyen aux professionnels de premiers recours (médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers) ne pose pas de difficultés pour plus de sept personnes sur dix, alors que 4,5 % de la population réside dans une commune sous-dense pour ces trois professions à la fois.

Un accès aux professionnels de premiers recours variable selon la répartition géographique

3,3 % de la population vit dans des communes où l'accessibilité moyenne aux trois professions de premier recours (médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers) est faible. C'est le cas notamment dans les communes de petite taille (environ 500 habitants) qui présentent des niveaux d'APL particulièrement bas, même en les comparant avec ceux des communes en difficulté pour l'une ou l'autre de ces professions seulement. Les communes éloignées des centres urbains (couronne rurale des grands pôles, couronne des petits et moyens pôles et communes hors aire urbaine) sont aussi surreprésentées parmi les communes sous-denses pour ces trois professions.

Néanmoins, l'accès aux infirmiers ne se conjugue pas nécessairement avec une accessibilité moindre à une autre profession. Ainsi, 42 % des personnes résidant dans une commune sous-dense en infirmiers rencontrent des difficultés d'accès pour cette seule profession. Il s'agit de communes allant de 3 000 à un peu plus de 300 000 habitants. En revanche, la faible accessibilité aux masseurs-kinésithérapeutes se concentre sur des communes plus petites.

Comme pour les médecins généralistes, la sous-densité en masseurs-kinésithérapeutes se présente rarement seule : un quart des patients résidant dans une commune ayant une faible accessibilité aux masseurs-kinésithérapeutes ne rencontrent que cette difficulté-là (30 % pour les médecins).

Des difficultés d'accès aux sages-femmes pour 1,5% de la population

Près de 8,3 millions de personnes (dont 1,6 million de femmes de 15 à 49 ans) résident dans une commune sous-dense en sages-femmes. En considérant comme éloignées les personnes habitant à 45 minutes ou plus de la maternité la plus proche, 1,5 % de la population rencontre le double écueil d'être à la fois éloignée d'une sage-femme et d'une maternité. Cette situation concerne 968 000 personnes, dont 167 000 femmes en âge de procréer. Cette proportion s'élève à 5,4 % en descendant le seuil à 30 minutes.

📊 **Deroyon, T.** (2019, octobre). En 2018, l'espérance de vie sans incapacité est de 64,5 ans pour les femmes et de 63,4 ans pour les hommes. DREES, *Études et Résultats*, 1127.

📊 **Vilain, A.** (2019, septembre). 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1125.

📊 **Guignon, N.** (2019, août). En 2017, des adolescents plutôt en meilleure santé physique mais plus souvent en surcharge pondérale. DREES, *Études et Résultats*, 1122.

📊 **Legendre, B., Aberki, C., et al.** (2019, janvier). Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités. DREES, *Études et Résultats*, 1100.

📊 **Cartographie ou de tableaux de données d'APL par profession** (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes). dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/

Mieux connaître les conduites suicidaires

et améliorer les systèmes d'information

L'Observatoire national du suicide vise à mieux connaître et à mesurer la réalité des conduites suicidaires en France. Ses rapports offrent une visibilité essentielle aux données et aux recherches sur le sujet. Sa veille stratégique et ses recueils numériques connaissent une large diffusion auprès des experts.

Observer les conduites suicidaires pour améliorer la prévention

En 2019, l'assemblée plénière de l'Observatoire s'est penchée sur des thématiques d'actualité. La Direction des ressources et des compétences de la Police nationale a présenté la cellule alerte prévention suicide (CAPS), mise en place en 2019 pour lutter contre les suicides au sein des forces de l'ordre.

Le Groupement d'études et de prévention du suicide et la Direction générale de la santé ont exposé les travaux de réingénierie de la formation à la prévention du suicide. Frédéric Balard de l'université de Lorraine a, pour sa part, détaillé une recherche sociologique sur le suicide des personnes âgées.

Améliorer la connaissance grâce à la recherche et à l'évolution des systèmes d'information

Le groupe de travail « Axes de recherche » a étudié les suicides liés au travail et au chômage. Des études récentes sur les pensées suicidaires dans la population active occupée et sur les liens entre risques psychosociaux et conduites suicidaires ont été exposées. Elles confirment que les conditions de travail peuvent porter atteinte à l'identité des personnes et être en cause dans le suicide.

Le groupe « Données statistiques » a poursuivi ses réflexions sur l'amélioration des systèmes d'information. Ont été présentés le circuit de certification des décès, les évolutions du système national des données de santé, l'expérimentation de Santé publique France sur la possibilité de création d'un système de surveillance des suicides basé sur les données des instituts médico-légaux, et enfin, les évolutions et les derniers résultats des principales enquêtes interrogeant les personnes sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide.

📊 **Observatoire national du suicide** drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/

Santé mentale, expériences du travail, du chômage et de la précarité

En lien avec les travaux de l'Observatoire national du suicide, la DREES et la Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (Dares) ont organisé un séminaire de recherche questionnant les relations entre santé mentale, travail, chômage et précarité, afin d'apporter des éléments de connaissance aux interrogations qui traversent actuellement l'espace public. Le séminaire a débouché sur un appel à recherches lancé en 2019.

📊 **Desprat, D.** (coord.), (2019, juillet). Santé mentale, expériences du travail, du chômage et de la précarité - Actes du séminaire de recherche de la DREES et de la Dares. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 38.



Structures mobiles d'urgence et de réanimation : des disparités territoriales d'activité



Le rôle des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) est d'assurer, hors de l'hôpital, la prise en charge de patients en situation d'urgence médicale et le transport vers un établissement de santé. Les informations recueillies par la statistique annuelle des établissements (SAE) permettent de mesurer l'activité des SMUR au regard des moyens qui leur sont alloués et des caractéristiques des territoires qu'ils couvrent.

577 800 interventions pour des patients en situation d'urgence médicale

En 2017, les 455 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) françaises ont effectué 577 800 interventions « primaires », soit 8,7 sorties pour 1 000 habitants. En plus de l'intervention primaire, ils ont réalisé 181 800 sorties dites « secondaires » (c'est-à-dire entre deux établissements de santé).

Des disparités territoriales d'intervention

Les SMUR sont plus actifs dans certains départements. Ainsi, en 2017, ils sont sortis 27 fois pour 1 000 habitants en Haute-Corse, contre 3 fois pour 1 000 habitants en Loire-Atlantique. Les taux d'intervention sont inférieurs à 6 pour 1 000 habitants dans dix départements et supérieurs à 13 pour 1 000 habitants dans dix autres.

Le taux d'intervention augmente avec les moyens dédiés...

Une étude réalisée par la DREES (Seimandi, 2019) propose un découpage théorique innovant du territoire métropolitain français en 416 « aires d'intervention » de chacun des SMUR. Cette méthode permet d'analyser finement les ressorts des disparités territoriales d'activité. Celles-ci sont en partie le reflet des moyens dédiés aux SMUR, des caractéristiques de leurs établissements de santé de rattachement, des territoires qu'ils couvrent et des populations qui résident dans ces territoires.

... mais baisse lorsque le territoire à couvrir augmente

Les SMUR qui assurent de nombreux transports interhospitaliers font ainsi moins de sorties primaires. Par ailleurs, ceux dont l'aire d'intervention est étendue ou dont davantage d'habitants résident loin de l'établissement de rattachement ont aussi un taux d'intervention plus faible. C'est aussi le cas pour les SMUR ayant une forte concentration de services d'accueil des urgences à proximité. Enfin, les SMUR couvrant une population plus défavorisée socialement ou dont le taux d'affections de longue durée est plus élevé ont en général un taux d'intervention plus élevé.

⋮ Toutlemonde, F. (dir.), Boisguérin, B. (coord.), (2019, juillet). *Les établissements de santé - édition 2019*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

⋮ Seimandi, T. (2019, décembre). Les disparités d'activité des SMUR s'expliquent en partie par les moyens dédiés et les caractéristiques des territoires. DREES, *Études et Résultats*, 1136.

⋮ Voir p. 13, Premiers résultats, Boisguérin, B., Delaporte, A., et al. (2019, octobre). *Études et Résultats*, 1130.

⋮ Boisguérin, B. (2019, octobre). Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans. DREES, *Études et Résultats*, 1128.

⋮ De Peretti, C., et al. (2019, novembre). Les patientèles des SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur et les affections du système nerveux Situation en 2017. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 44.

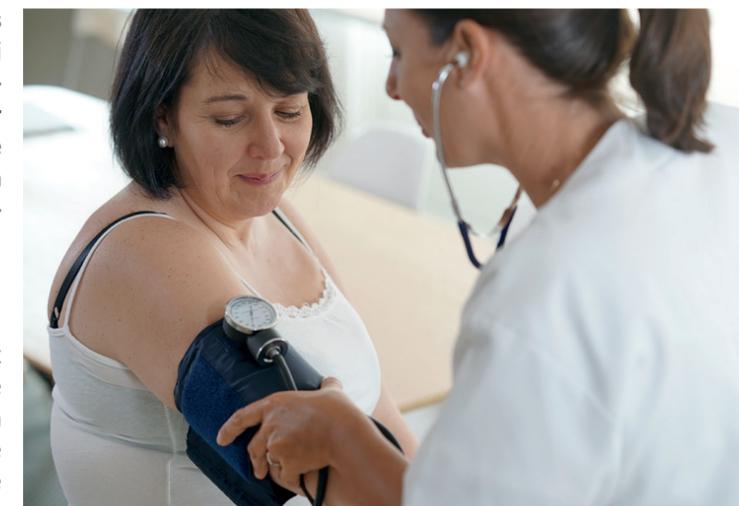
61% des médecins généralistes libéraux

exercent en groupe

Le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale est une enquête qui permet à la DREES de décrire les conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux, et d'analyser les évolutions de leurs pratiques. La première vague du quatrième Panel s'est déroulée d'octobre 2018 à février 2019 et a interrogé 3 300 médecins généralistes libéraux exerçant en France (hors Mayotte).

Les médecins généralistes de moins de 50 ans particulièrement favorables à l'exercice en groupe

Début 2019, 61 % des médecins généralistes libéraux de tous âges déclarent exercer en groupe, contre 54 % fin 2010. Les moins de 50 ans sont même 81 % à choisir ce mode d'exercice. Quelle que soit la tranche d'âge, les femmes travaillent plus souvent en groupe que les hommes ; de fortes disparités régionales sont également observées : l'exercice en groupe ne concerne que 56 % des médecins généralistes de Provence-Alpes-Côte d'Azur, alors qu'il est pratiqué par 74 % des médecins des Pays de la Loire. Plus de neuf médecins généralistes en groupe sur dix s'associent à au moins un autre médecin généraliste. C'est ensuite avec les infirmiers que les regroupements sont les plus fréquents : c'est le cas pour 21 % d'entre eux. Les regroupements avec des masseurs-kinésithérapeutes (12 %), pédicures-podologues (8 %), orthophonistes (7 %) et diététiciens (6 %) sont moins fréquents.



⋮ Croguennec, Y. (2019, décembre). Aides-soignants : de moins en moins de candidats à l'entrée en formation et une baisse du nombre d'inscrits. DREES, *Études et Résultats*, 1135.

⋮ Dennevault, C., Dixte, C., et al. (2019, octobre). En 2017, dans la fonction publique hospitalière, le salaire net moyen augmente de 1,3 %, soit 0,3 % en euros constants. DREES, *Études et Résultats*, 1132.

⋮ Chaput, H., Monziols, M., et al. (2019, mai). Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. DREES, *Études et Résultats*, 1114.

⋮ Chaput, H., Monziols, M., et al. (2019, mai). Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. DREES, *Études et Résultats*, 1113.

⋮ Millien, C. (2019, mars). 8 % de pharmaciens en plus entre 2018 et 2040, et une densité stabilisée. DREES, *Études et Résultats*, 1110.

⋮ Croguennec, Y. (2019, janvier). Les trois quarts des diplômés infirmiers trouvent leur premier emploi en moins d'un mois. DREES, *Études et Résultats*, 1099.

44 heures et 30 minutes hebdomadaires consacrées aux patients

Les médecins généralistes libéraux travaillent en moyenne 54 heures par semaine. Ils consacrent en moyenne 52 heures hebdomadaires à leur pratique libérale, dont 44 heures et 30 minutes à leurs patients, une consultation en cabinet durant en moyenne 18 minutes. Ce temps hebdomadaire dédié à la patientèle est complété par des tâches de gestion et de coordination qui représentent 5 heures et 30 minutes, une durée stable depuis 2014, après une hausse entre 2011 et 2014. Ils consacrent également 2 heures à l'actualisation de leurs connaissances médicales. À cette activité libérale s'ajoutent 2 heures par semaine en moyenne dédiées à d'autres activités, comme du travail en Ehpad ou des vacances à l'hôpital.

En 2017, les médecins généralistes libéraux ont pris 5,7 semaines de vacances en moyenne et, pour 60 % d'entre eux, leurs horaires professionnels s'adaptent en général bien à leur vie privée.

8,6 % du PIB pour la consommation

de soins et de biens médicaux en 2018



Dans son Panorama annuel *Les Dépenses de santé*, la DREES analyse la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en France et leurs financements, qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages. Les principaux résultats sont replacés dans une perspective internationale. Ainsi en 2018, la CSBM atteint 203,5 milliards d'euros, soit 8,6 % du PIB. Cela représente 3 037 euros par habitant en moyenne. La part du PIB consacrée aux dépenses de santé en France est légèrement supérieure à la moyenne de l'Union européenne des Quinze (UE-15), tout comme en Allemagne et en Suède. En revanche, elle est inférieure à la moyenne dans les pays du sud de l'Europe.

La participation directe des ménages aux dépenses de santé se réduit

Avec un reste à charge qui s'établit à 7,0 % de la CSBM en 2018, la participation des ménages aux dépenses de santé continue de diminuer, après 7,5 % en 2017 et 7,7 % en 2016. Cette baisse résulte de la progression de la part des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale (78,1 %) et par les organismes complémentaires (13,4 %). La croissance de la part de la Sécurité sociale, de 0,2 point en moyenne par an entre 2009 et 2018, résulte du nombre croissant de patients pris en charge à 100 % au titre des affections de longues durées (ALD), conséquence du vieillissement de la population et du développement des pathologies chroniques.

La part des médicaments remboursés à 100 % s'accroît

Après l'optique, le poste de dépenses pour lequel les ménages sont le plus mis à contribution en proportion de la dépense, concerne les médicaments. Le reste à charge des ménages pour les médicaments continue de reculer en 2018 du fait de la progression de la part des médicaments remboursés à 100 %. Cette tendance, due au vieillissement de la population, s'accompagne d'une hausse des personnes exonérées de ticket modérateur via le dispositif d'ALD. De plus, la Sécurité sociale rembourse intégralement de nouveaux traitements innovants (contre le cancer, l'hépatite C, etc.) et voit en parallèle la diminution du reste à charge des ménages pour leur consommation de médicaments.

■ ■ ■ **Gonzalez L., Heam J.-C., et al. (dir.)**, (2019, septembre). *Les dépenses de santé en 2018 - Résultats des comptes de la santé - édition 2019*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

■ ■ ■ **Ngouana, U.** (2019, février). *Le déremboursement entraîne une hausse immédiate des ventes des médicaments non remboursables*. DREES, *Études et Résultats*, 1107.

La Commission des comptes nationaux de la santé

Chaque année, la DREES publie les résultats des comptes nationaux de la santé (CNS) présentés, en septembre, lors de la Commission des comptes de la santé, en présence du ministre des Solidarités et de la Santé, de représentants des professionnels de la santé, de personnalités et acteurs du secteur de la santé et d'un collège de personnalités qualifiées, composé de chercheurs et de spécialistes du domaine. Les travaux de cette commission s'inscrivent dans le cycle préparatoire du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, discuté au Parlement à l'automne. Les principaux résultats des comptes de la santé, élaborés par la DREES, constituent l'un des satellites des comptes nationaux de l'Insee et servent à leur présentation dans les instances internationales, permettant ainsi d'établir des comparaisons internationales sur des bases fiables et harmonisées.

Quels éléments déterminent

la prise en charge en ambulatoire ?

Le double bénéfice de la chirurgie ambulatoire (sans nuitée) est la réduction de l'exposition du patient aux infections nosocomiales et la diminution du coût de l'intervention par rapport à une hospitalisation conventionnelle. Le développement de la chirurgie ambulatoire est donc fortement encouragé par les pouvoirs publics. La DREES s'appuie sur plusieurs sources de données pour en faire un état des lieux.

Les déterminants de la chirurgie ambulatoire

Entre 2008 et 2016, le nombre de lits réservés aux hospitalisations complètes en chirurgie diminue de 22 % (19 000 lits en moins), tandis que le nombre de places de chirurgie ambulatoire a augmenté de 55 % (6 000 places en plus). Parallèlement, depuis 2008, les disparités départementales de chirurgie ambulatoire se sont réduites : tous les départements ont vu leur taux d'ambulatoire progresser et les écarts observés par rapport à la moyenne nationale se sont réduits de 40 %.

La décision de recours à la chirurgie ambulatoire dépend fortement des caractéristiques individuelles des patients (âge et comorbidités). Elle est moins fréquente pour les patients plus âgés ou polyopathologiques, ou selon le degré de complexité des interventions. La proximité du lieu d'hospitalisation peut également favoriser une plus grande prise en charge en ambulatoire. La taille de l'établissement joue aussi un rôle : les petites structures prennent en charge davantage en ambulatoire.

Les effets de l'incitation tarifaire sur l'essor de la chirurgie ambulatoire

Afin d'accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire, le ministère des Solidarités et de la Santé a introduit, en 2009, une tarification identique à la pathologie, que les séjours soient réalisés en ambulatoire ou avec nuitée. Ce dispositif constitue une incitation tarifaire à réaliser les séjours de chirurgie en ambulatoire, puisqu'à facturation identique, le coût pour l'établissement en est plus faible. Il a été progressivement étendu, puis généralisé à partir de 2014. Dans le même temps, l'Assurance maladie implémentait pour un nombre croissant de gestes chirurgicaux une procédure de mise sous accord préalable (MSAP) en cas de prise en charge en hospitalisation complète.

La DREES montre dans son étude que les hôpitaux publics ont davantage pratiqué la chirurgie ambulatoire en réaction à ces politiques. Ces effets sont plus rarement observés dans le secteur privé, et ne sont quasiment plus observés dans l'extension, en 2012, de l'une ou l'autre de ces politiques.



■ ■ ■ **Dahmouh, A.** (2019, septembre). *Médicaments biosimilaires : l'hôpital, premier vecteur de leur diffusion*. DREES, *Études et Résultats*, 1123.

■ ■ ■ **Lefebvre-Hoang, I., Yilmaz, E.** (2019, août). *État des lieux des pratiques de chirurgie ambulatoire en 2016*. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 41.

■ ■ ■ **Cazenave-Lacroux, A.** (Insee), **Yilmaz, E.** (2019, août). *Dans quelle mesure les incitations tarifaires et la procédure de mise sous accord préalable ont-elles contribué au développement de la chirurgie ambulatoire ?* DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 40.

■ ■ ■ Voir p. 31, **Com-Ruelle, L., Julienne, K.** *Revue française des affaires sociales*, 3.



L'observation

des solidarités

En 2019, la DREES a apporté son appui à de nombreuses réformes en cours. Elle a notamment éclairé le débat du projet de loi Grand âge et autonomie, grâce aux données résultant de ses opérations statistiques, et conduit l'évaluation des impacts financiers des différentes options grâce au modèle de microsimulation Autonomix (voir p. 9).

Pour la réforme des retraites, elle a poursuivi sa participation active en mobilisant son modèle de microsimulation TRAJECTOIRE, qui a permis d'évaluer les effets des divers scénarios. La DREES a contribué à éclairer les acteurs de la réforme en fournissant des évaluations quantifiées (voir p. 8). Sur les retraites encore, elle a publié les premiers résultats de l'EIR 2016 (voir p. 13) et un Panorama complet explorant l'ensemble des composantes concernant les retraites et l'invalidité (voir p. 5).

La DREES a également éclairé par ses travaux le débat sur la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance. Deux enquêtes, préparées en 2019, seront collectées en 2020 et début 2021, l'une sur les assistants familiaux afin d'enrichir les travaux relatifs aux professions sociales, l'autre sur les modes de garde et d'accueil des jeunes enfants afin de dresser un panorama complet des solutions d'accueil

adoptées par les parents pour leurs jeunes enfants, au regard de leurs contraintes professionnelles (voir p. 12).

La DREES a apporté son expertise aux grands chantiers ministériels, notamment pour dresser un bilan de la revalorisation exceptionnelle de la prime d'activité au 1^{er} janvier 2019. Elle a également documenté les impacts redistributifs et financiers du projet de réforme visant la mise en place d'un revenu universel d'activité (RUA). Ces deux chantiers se poursuivront en 2020 (voir p. 8).

La DREES a finalisé l'évaluation de l'expérimentation des « rendez-vous des droits élargis », organisant pour les demandeurs d'emploi en début ou en fin de droits un entretien personnalisé avec un agent de la Caisse d'allocations familiales visant à réduire le non-recours aux prestations sociales (voir p. 8).

L'activité de publication des Panoramas *La protection sociale en France et en Europe - Résultats des comptes de la protection sociale, L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion, Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution* et *Les retraités et les retraites*, a été enrichie de la mise à disposition de données sur tous ces thèmes (data.drees, datavisualisations et infographies), complétant ainsi l'offre de diffusion.

Éviter les ruptures d'accompagnement

des jeunes adultes handicapés

L'amendement Creton permet, depuis 1989, le maintien de jeunes adultes dans un établissement pour enfants handicapés en attente d'une place en structure pour adultes. Les données des enquêtes ES-Handicap de la DREES permettent de décrire le profil et le parcours de ces jeunes adultes.

5 700 jeunes en attente d'une place en structure pour adulte

6 000 jeunes adultes bénéficiaient de l'amendement Creton en 2010. Les résultats de l'enquête ES-Handicap montrent, au 31 décembre 2014, une légère baisse, avec 5 700 jeunes en établissements pour enfants dans l'attente d'une place en structure pour adulte. Ces jeunes adultes, fortement représentés dans les instituts médico-éducatifs (8,2 %, en hausse de 1,6 point par rapport à 2010), voient leur part diminuer dans les établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés (de 12,6 % à 10,8 %).

La plupart des jeunes bénéficiaires de l'amendement Creton ont entre 20 et 23 ans. Les plus de 25 ans demeurent minoritaires, mais représentent plus de 10 % des bénéficiaires de cet amendement dans les établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés, alors que dans l'ensemble des établissements ils ne sont que 3 % environ.

Quels types d'établissement accueillent les jeunes adultes ?

Les résultats de l'enquête ES-Handicap 2014 permettent de connaître l'orientation décidée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour les jeunes relevant de l'amendement Creton. Un tiers des jeunes attendent une place en établissement et service d'aide par le travail, un tiers est orienté vers des établissements destinés à des personnes disposant d'une certaine autonomie (foyers de vie, foyers occupationnels), un tiers ayant besoin de l'aide d'une autre personne dans la vie quotidienne est dirigé vers des établissements médicalisés, maisons d'accueil spécialisées ou foyers d'accueil médicalisés. Les temps d'attente diffèrent selon les structures.

voir p. 13, Premiers résultats, Baradji, É. (2019, juin). *Études et Résultats*, 1117.

Bessière, M. (2019, juin). Les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 36.

data.drees Données départementales sur les bénéficiaires de la PCH enfant

Reynaud, F. (2019). Les personnes handicapées vieillissantes : évolutions récentes. *Gérontologie et Société*, 41(2), 21-43.

L'aide et l'action sociales en France

L'édition 2019 du Panorama s'est enrichie de résultats sur la perte d'autonomie des seniors à domicile et en établissement, ainsi que sur le niveau de vie des personnes âgées ou handicapées. De récentes études sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation de compensation du handicap (PCH) ou encore l'aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées complètent les fiches traitant de ces prestations. L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % des dépenses de protection sociale, financées pour moitié par les départements. Fin 2017, ces derniers octroient 4,2 millions de prestations d'aide sociale, couvrant ainsi 6,2 % de la population française. Ces prestations représentent une dépense annuelle nette de 37,8 milliards d'euros, un montant qui a progressé de 0,8 % en un an et de 12 % en cinq ans.

Leroux, I. (dir.), et al. (2019, novembre). *L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - édition 2019*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

data.drees Données sur les bénéficiaires de l'aide sociale.

data.drees Données sur les dépenses d'aide sociale.

data.drees Données sur le personnel de l'action sociale et médico-sociale des départements.

Adaptation de la société au vieillissement :

une revalorisation des plans d'aide

La loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) de 2015 a réformé le dispositif d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile. La DREES a mis en place une enquête trimestrielle qui prévoit de suivre spécifiquement la montée en charge, au cours des années 2016 et 2017, des nouvelles mesures prévues par la loi ASV.

Financer les dépenses d'aide pour le maintien à domicile

L'APA permet aux personnes de 60 ans ou plus en perte d'autonomie de financer les dépenses d'aide auxquelles elles font face. Cette prestation est gérée par les conseils départementaux et le montant attribué dépend des ressources et du besoin d'aide des bénéficiaires selon leur niveau de dépendance (classé par groupes isoressources [GIR] de 1 à 4). Dans le cas de l'APA à domicile, le plan d'aide prévoit le nombre d'heures allouées aux aides humaines, ainsi que des aides techniques ou un aménagement du logement.

Appliquée progressivement au cours de l'année 2016, la réforme a permis la révision de 14 % des plans d'aide au cours du 2^e trimestre. Elle profite notamment aux bénéficiaires en GIR 1, les plus dépendants : 38 % bénéficient d'un plan d'un montant supérieur aux plafonds avant réforme fin 2016, et 46 % fin 2017. En décembre 2017, les montants des plans d'aide s'élèvent en moyenne à 1 250 euros mensuels pour les GIR 1, 940 euros pour les GIR 2, 650 euros pour les GIR 3, et 360 euros pour les GIR 4.

Abdouni, S. (2019, octobre). Aide sociale aux personnes âgées ou handicapées : les départements ont attribué 2 millions de prestations fin 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1129.

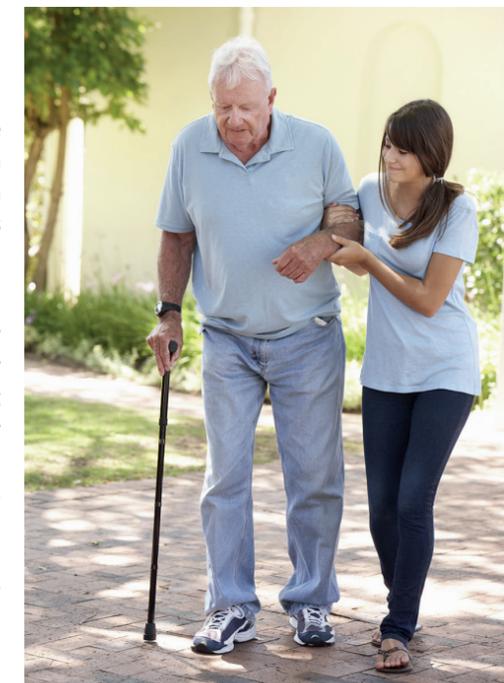
Arnault, L. (2019, juillet). Montants d'APA à domicile depuis 2011 : une réallocation au bénéfice des plus dépendants. DREES, *Études et Résultats*, 1118.

Latourelle, J. (2019, mars). Deux ans d'application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement - Résultats de l'enquête trimestrielle sur l'APA à domicile en 2016-2017. DREES, *Études et Résultats*, 1109.

Brunel, M., Latourelle, J., et al. (2019, février). Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien. DREES, *Études et Résultats*, 1103.

Besnard, X., Brunel, M., et al. (2019, novembre). Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée - Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 45.

data.drees Données départementales brutes sur les dépenses couvertes par l'APA à domicile.



Décrire la vie quotidienne des personnes âgées à domicile

L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) conduite en 2014 a permis à la DREES de mesurer pour la première fois la prévalence de la dépendance à domicile, au niveau départemental. Selon ses résultats, les départements où la part de seniors en perte d'autonomie est élevée sont globalement ceux où davantage bénéficient de l'APA. En 2015, environ 5 % des seniors de 60 ans ou plus vivant à domicile bénéficient de l'APA.

Ce taux est plus élevé dans certains territoires, notamment dans la partie Sud de la France, la Corse, ainsi que dans quelques départements du Nord (Pas-de-Calais, Aisne, Ardennes, Seine-Maritime). Les départements où la part de bénéficiaires de l'APA à domicile en GIR 1 et 2 (ceux qui ont le plus besoin d'aide dans la vie quotidienne) est la plus faible sont également ceux qui présentent une offre plus importante de places en hébergement pour personnes âgées.

Carrère, A., Soullier N., et al. (2019, octobre). Échantillonnage des enquêtes VQS et CARE-Ménages. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 43.

Brunel, M., Latourelle, J., et al. (2019, juillet). Les disparités d'APA à domicile entre départements. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 37.

Brunel, M., Carrère, A. (DREES et Ined), (2019, avril). La perte d'autonomie des personnes âgées à domicile - Quelles disparités entre départements ? DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 34.



Quelle qualité de vie pour

14 millions d'enfants en France ?

La qualité de vie se mesure au regard de multiples dimensions telles que la santé, l'environnement, l'économie, l'éducation. La DREES analyse la qualité de vie des 14 millions d'enfants de moins de 18 ans en France métropolitaine à partir d'une soixantaine d'indicateurs répartis en sept thèmes : accueil des jeunes enfants, santé, éducation, conditions socio-économiques, logement, pratiques sportives et démographie.

Huit groupes de territoires se dessinent

Les territoires se différencient d'abord entre ceux qui accueillent, en moyenne, les familles les plus aisées (groupes 1 à 3) et les plus défavorisées (groupes 4 à 6), puis par l'accessibilité aux services et équipements à destination des enfants et, enfin, par les caractéristiques scolaires.

2 millions d'enfants vivent en périphérie des grandes métropoles de régions (Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, etc.), bien équipées et accueillant des familles plus favorisées (groupe 1). Avec des conditions économiques plutôt favorables et un bon accès aux équipements scolaires, le groupe 2 accueille 1,8 million d'enfants surtout en Bretagne, en Pays de la Loire, dans le bassin lyonnais, le Nord, le Doubs et le Jura. 1,3 million d'enfants, vivent autour de certaines grandes villes (Clermont-Ferrand, Dijon, Nancy, Pau, Tours, etc.) où les équipements sont moins accessibles malgré des conditions économiques favorables (groupe 3). Au contraire, 3,4 millions d'enfants vivent dans des territoires d'Île-de-France et dans certaines grandes villes où les conditions économiques et de logement sont plus défavorables, mais l'offre d'équipements et de services satisfaisante (groupe 4). Le groupe 5, où résident 1,3 million d'enfants, offre des conditions économiques proches du groupe 4 avec des services plus éloignés. Les territoires ruraux du nord de la France et de la diagonale allant du nord-est au sud-ouest aux conditions économiques plutôt défavorables et accès aux équipements plus limité, abritent moins d'un million d'enfants (groupe 6).

Avec des situations économiques contrastées et des équipements satisfaisants, les grandes métropoles de régions accueillent 3,1 millions d'enfants (groupe 7). Le groupe 8, où vivent 90 000 enfants, est marqué par un faible accès aux équipements, c'est le cas des communes de montagne aux frontières italienne et espagnole ainsi qu'en Corse.

▣ **Pisarik, J.** (2019, novembre). Neuf jeunes de 18 à 24 ans sur dix sont en bonne santé, malgré des disparités liées à leur situation vis-à-vis de l'emploi. DREES, *Études et Résultats*, 1134.

▣ **Bellidenty, J., Rivalin, R.** (2019, juillet). Comment les parents séparés aident-ils leurs enfants devenus jeunes adultes ? DREES, *Études et Résultats*, 1120.

▣ **Bellidenty, J., Virot, P.** (2019, mai). Cartographie de la qualité de vie des enfants en France : huit profils de territoires. DREES, *Études et Résultats*, 1115.

▣ **Antunez, K., Buisson, G.** (2019, janvier). Les Français et les congés de maternité et paternité : opinion et recours. DREES, *Études et Résultats*, 1098.

▣ Voir p. 31. **Buisson, G., Le Pape, M.-C., et al.** *Revue française des affaires sociales*, 4.

▣ Voir p. 31 **Nicolas, C., Portela, M., et al.** *Revue française des affaires sociales*, 2.

Un Français sur deux estime qu'il faudrait aider en priorité les familles modestes

Le Baromètre d'opinion de la DREES est une enquête effectuée chaque année auprès de 3 000 personnes âgées de 18 ans ou plus, vivant en France métropolitaine. En 2018, près de la moitié des Français interrogés sur le type de personnes à aider en priorité citent les familles les plus modestes. Les personnes enquêtées appartenant aux 20 % des ménages les plus pauvres estiment plus souvent que la politique familiale devrait cibler prioritairement les familles les plus modestes (55 % d'entre eux, contre 45 % de ceux appartenant aux 20 % des ménages les plus aisés). Ils sont également plus souvent favorables au fait de permettre aux familles de mieux se loger (42 %, contre 29 % des plus aisés). Le logement représente effectivement une part budgétaire d'autant plus importante que le ménage dispose d'un faible niveau de vie.

▣ **Castell, L.** (2019, octobre). Pour un Français sur deux, la politique familiale devrait soutenir en priorité les familles modestes. DREES, *Études et Résultats*, 1126.

Conditions de logement

des bénéficiaires de revenus minima garantis

L'édition 2019 du *Panorama Minima sociaux et prestations sociales* s'enrichit d'informations sur les dépenses de logement, l'accompagnement des bénéficiaires du revenu de solidarité active (voir encadré) et le chèque énergie.

Un bénéficiaire de revenus minima garantis sur cinq vit dans un logement surpeuplé

Fin 2012, un quart des bénéficiaires de revenus minima garantis (minima sociaux et RSA activité) ne disposent pas de leur propre logement : 18 % sont hébergés ou logés par des proches, 2 % habitent dans des foyers ou des résidences sociales et 3 % vivent à l'hôtel, en centre d'hébergement, dans une habitation mobile ou déclarent être sans abri. Plus du tiers des bénéficiaires sont locataires du secteur social, 28 % du parc privé et 12 % sont propriétaires ou accédant à la propriété. Un bénéficiaire sur cinq vit dans un logement surpeuplé, soit trois fois plus souvent que l'ensemble de la population.

77 % des bénéficiaires de revenus minima garantis perçoivent des allocations logement

En France métropolitaine, les dépenses de logement représentent, avant déduction des éventuelles allocations logement, une proportion des revenus beaucoup plus élevée pour les bénéficiaires de revenus minima garantis que pour l'ensemble des ménages. La médiane du taux d'effort brut est de 46 % pour les premiers en 2012, contre 23 % pour les seconds en 2013. En 2012, 77 % des bénéficiaires de revenus minima garantis disposant de leur propre logement ordinaire ont perçu des allocations logement (87 % parmi les locataires), contre 17 % de l'ensemble des ménages en 2013.

▣ **Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L. (dir.)**, (2019, septembre). *Minima sociaux et prestations sociales Ménages aux revenus modestes et redistribution - édition 2019*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

▣ **Calvo, M.** (2019, novembre). En 2018, le nombre d'allocataires de minima sociaux repart légèrement à la hausse. DREES, *Études et Résultats*, 1133.

▣ **D'Isanto, A.** (2019, mars). Bénéficiaires de revenus minima garantis : les allocations logement réduisent de moitié le poids des dépenses de logement. DREES, *Études et Résultats*, 1111.

▣ **Calvo, M., Leroy, C.** (2019, mars). En 2017, le nombre d'allocataires de minima sociaux se stabilise, après avoir baissé en 2016. DREES, *Études et Résultats*, 1108.

▣ **Pliquet, E.** (2019, février). Hébergement des personnes en difficulté sociale : 140 000 places fin 2016, en forte évolution par rapport à 2012. DREES, *Études et Résultats*, 1102.

▣ **Hananel, J., Richet-Mastain, L.** (2019, octobre). Les bénéficiaires d'aides au logement : profils et conditions de vie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 42.

▣ **Calvo, M., Hananel, J., et al.** (2019, février). Conditions et dépenses de logement selon le niveau de vie des ménages. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 32.

▣ **data.drees** Données statistiques sur les séries longues d'indicateurs de pauvreté avant et après redistribution, de niveau de vie et de décomposition du revenu.

▣ **data.drees** Données statistiques sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA.

L'accompagnement des bénéficiaires du RSA

La quasi-totalité des bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) sont soumis aux droits et devoirs : ils ont droit à un accompagnement dans leurs démarches en vue d'une meilleure insertion sociale ou professionnelle. Dans le cadre du suivi et de l'évaluation de cette politique d'insertion, la DREES montre que 40 % des bénéficiaires du RSA soumis aux droits et devoirs sont inscrits à Pôle emploi et tenus de rechercher un emploi. Leur accompagnement est plus intensif que celui de l'ensemble des inscrits à Pôle emploi.

▣ **D'Isanto, A.** (2019, juillet). Insertion : un accompagnement renforcé ou global pour 30 % des bénéficiaires du RSA inscrits à Pôle emploi. DREES, *Études et Résultats*, 1121.

▣ **D'Isanto, A.** (2019, juillet). La moitié des bénéficiaires dont le foyer a moins de 6 mois d'ancienneté dans le RSA sont orientés - Résultats de la vague 2017 de l'enquête sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du RSA (OARSA). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 39.

Le personnel des centres d'hébergement

pour adultes et familles en difficulté sociale



L'enquête quadriennale de la DREES auprès des établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale (ES-DS) permet de décrire l'activité de ces établissements, leur personnel et le public accueilli.

140 000 places d'hébergement dans les sept catégories d'établissement étudiées

Fin 2016, 3 000 établissements sont en charge d'accueillir, d'héberger et d'accompagner des adultes et des familles en difficulté sociale. 132 200 personnes y sont hébergées, réparties sur 140 400 places permanentes dans sept catégories d'établissement : les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les centres d'hébergement d'urgence, de stabilisation ou d'insertion hors CHRS, les

centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), les centres provisoires d'hébergement (CPH), les établissements d'accueil temporaire service de l'asile (AT-SA), les maisons relais et les établissements d'accueil mère-enfant (EAME).

La moitié du personnel exerce une fonction éducative, pédagogique ou sociale

30 190 personnes, correspondant à 21 800 emplois en équivalent temps plein (ETP), travaillent fin 2016 dans ces établissements. Le taux d'encadrement varie fortement selon la catégorie d'établissement : de 5 et 7 personnes en ETP pour 100 places dans les AT-SA et les CADA à 45 dans les EAME.

49 % du personnel (exprimé en ETP), exerce une fonction éducative, pédagogique ou sociale, 24 % une fonction dans les services administratifs et généraux, 15 % une fonction de direction, 8 % une fonction d'encadrement et moins de 4 % une fonction paramédicale ou médicale.

Les éducateurs spécialisés (sans fonction d'encadrement) représentent 15 % des ETP, les surveillants de nuit 9 %, les moniteurs éducateurs 5 %, les assistants de service social 6 %, les conseillers en économie sociale et familiale 6 %, les animateurs sociaux 4 %. Près des deux tiers du personnel des centres d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale est féminin.

Programme de recherche sur les politiques sociales locales

Les travaux conduits dans le cadre du programme de recherche, lancé en mars 2015 par la DREES et la Caisse nationale des allocations familiales, ont permis la mobilisation d'un ensemble d'observations relatives à l'aménagement au niveau local de divers aspects des politiques d'action sociale. Trois thèmes ont été particulièrement analysés : le rôle du territoire dans le renouvellement des politiques sociales ; la promotion des approches globales et transversales et son incidence sur les prestations, les équipements et les services ; les systèmes d'acteurs territoriaux et les formes de coopération institutionnelle et financière.

❏ **Outin, J.-L.** (DREES), **Dauphin, S.** (CNAF), (coord.), (2019, février). Politiques sociales locales - Programme de recherche de la DREES et de la CNAF. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 33.

❏ voir p. 31, **Outin, J.-L., Dauphin, S.** *Revue française des affaires sociales*, hors-série 1.

❏ **Yankan, L.** (2019, février). 13 900 étudiants en formation d'éducateur spécialisé en 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1104.

❏ **Cabannes, P.-Y.** (DREES), **Sigal, M.** (ENSAI-DREES), (2019, décembre). Le personnel des centres d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 46.

❏ voir p. 31, **Giraud, O., Outin, J.-L. et al.** *Revue française des affaires sociales*, 1.

La France consacre un tiers de son PIB

à la protection sociale



Dans son Panorama annuel *La protection sociale en France et en Europe en 2017*, la DREES analyse les évolutions des prestations sociales et des ressources les finançant, pour différents risques sociaux : santé, vieillesse-survie, famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion sociale. Ces dépenses sont mises en perspective et comparées avec celles des autres États membres de l'Union européenne.

La France consacre 727,9 milliards d'euros aux dépenses de protection sociale

La France est le pays de l'Union européenne qui consacre la part la plus importante de sa richesse nationale à la protection sociale, avec 727,9 milliards d'euros en 2017, soit 31,7 % du PIB.

En 2016, l'UE-28 consacre 27,1 % de son PIB aux dépenses de protection sociale.

Cette part varie considérablement entre les États membres, compte tenu notam-

ment des tendances démographiques, des différences de niveaux de vie, de la diversité des systèmes de protection sociale, mais également de facteurs institutionnels et socio-économiques. En particulier, les différences sont très marquées entre les membres de l'UE-15 (27,9 % du PIB) et les treize nouveaux membres ayant adhéré à l'UE depuis 2004 (NM-13, 18,3 % du PIB).

Les prestations « vieillesse-survie » représentent le premier poste de dépenses en Europe

En France, les prestations du risque vieillesse-survie (45 % du total, soit 331,1 milliards d'euros) progressent de manière modérée (+1,7 %) depuis plusieurs années, en raison d'une évolution contenue des effectifs de retraités, due aux effets de la réforme des retraites de 2010, et au faible niveau de revalorisation des pensions. Premier poste de dépenses en Europe également, celles-ci ralentissent au sein de l'UE-15, passant de 3,4 % en moyenne annuelle entre 2007 et 2009 à 1,4 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2016, sous l'effet des réformes.

❏ **Gonzalez L., Heam J.-C., et al.** (dir.), (2019, juin). *La protection sociale en France et en Europe en 2017 - Résultats des comptes de la protection sociale - édition 2019*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

❏ **Lecanu, C.** (2019, octobre). *Compte provisoire de la protection sociale : le retour à l'excédent de 2017 s'amplifie en 2018*. DREES, *Études et Résultats*, 1131.

❏ **Diallo, C. T.** (2019, février). Le ralentissement des dépenses d'aide sociale des départements se confirme en 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1105.

❏ **Duvoux, N., Papuchon, A.** (2019, mars). Les dynamiques contemporaines de la pauvreté : de l'exclusion à l'insécurité sociale. Métropolitiques.eu

❏ **Duvoux, N., Papuchon, A.** (2019, janvier). How to measure subjective poverty in France - and what this tells us about the anger of the Yellow Vests. EUROPP LSE Blog.

Huit Français sur dix estiment que les inégalités augmentent

Les résultats du Baromètre d'opinion de la DREES, enquête menée auprès de 3 037 personnes fin 2018, montrent que la perception qu'ont les Français de leur propre situation se dégrade : ils sont 23 % à juger « mauvaise » leur situation (contre 20 % en 2017) et 48 % à être pessimistes pour leur avenir (contre 41 % en 2017). Huit personnes interrogées sur dix considèrent que la société française est plutôt injuste, que les inégalités ont plutôt augmenté au cours des cinq dernières années et que cela va continuer à être le cas à l'avenir. En tête des préoccupations, sont cités le niveau de salaire et le pouvoir d'achat, l'avenir du système de retraite, la pauvreté et le chômage ainsi que l'environnement. Neuf personnes sur dix jugent que la pauvreté et l'exclusion ont plutôt augmenté dans le pays au cours des cinq dernières années et que cette hausse va se poursuivre dans les années qui viennent.

❏ **Caron, R.** (2019, février). Santé, immigration, avenir : comment les territoires influencent l'opinion des Français. DREES, *Études et Résultats*, 1106.

❏ **Antunez, K., Papuchon, A.** (2019, avril). Les Français plus sensibles aux inégalités de revenus et plus attachés au maintien des prestations sociales - Synthèse des résultats du Baromètre d'opinion 2018 de la DREES. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 35.

❏ **datavisualisation** dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/Barometre-DREES/

Une offre éditoriale

qui se diversifie



En 2019, la production éditoriale de la DREES a montré son dynamisme avec 61 publications (39 *Études et Résultats*, 15 *Dossiers de la DREES*, 7 *Panoramas*) et 11 infographies. Poursuivant la stratégie de généralisation de la mise à disposition des données, les analyses et études ont été complétées par la diffusion, sur le site internet de la DREES, d'un grand volume de jeux de données accessibles à tous.

La visibilité des travaux de la DREES en progression dans les médias

Afin de valoriser au mieux ses travaux, la DREES a consolidé et élargi ses relations avec la presse et les agences de presse, notamment avec l'envoi de communiqués, d'avis de diffusion, l'organisation de conférences de presse régulières et l'amélioration de la qualité de ses réponses aux journalistes. En 2019, sept conférences de presse ont été organisées, suscitant l'intérêt de 140 journalistes, et 22 communiqués ont été envoyés. Ces actions de communication ont généré 29 % des retombées presse globales. Au total, la DREES a enregistré 7 182 reprises presse en 2019, soit 14 % de plus qu'en 2018.

Grâce, notamment, aux citations de ses travaux par les médias, la DREES enregistre, sur son site internet, une forte progression de son activité en 2019 avec 610 000 visites, contre 530 000 en 2018.

Une politique de diversification des formats pour toucher davantage de publics

La DREES s'est engagée dans la multiplication de ses canaux et formats de diffusion, avec pour objectif de s'adresser au plus grand nombre. Son offre de ressources numériques s'est diversifiée avec la réalisation de datavisualisations (voir p. 7) qui présentent de façon dynamique les données sous forme de graphiques évolutifs, de cartes ou de vidéos. En 2019, la DREES a produit quatre nouvelles datavisualisations : référencement des indicateurs de santé, effectifs des professionnels de santé, distribution des pensions et des âges de retraite, Baromètre d'opinion de la DREES.

S'agissant de l'accès aux données ouvertes, la généralisation de la mise à disposition des jeux de données, accompagnés d'un avis de diffusion envoyé aux abonnés à la lettre d'information de la DREES et aux journalistes, a permis d'augmenter la fréquentation sur le site data.drees.fr. En 2019, 312 000 téléchargements de fichiers ont été enregistrés, soit 15 % de plus qu'en 2018.

Un nouveau site internet pour faciliter l'accès à l'information

Avec le projet de refonte de son site Internet, la DREES vise à rassembler sur une même interface les études, les données et les outils de datavisualisation. L'objectif est d'améliorer la navigation, la recherche des publications en ligne, l'accès aux données ainsi que le référencement des travaux menés par la DREES, notamment par le développement d'un moteur de recherche performant. L'année 2019 a été consacrée à la réorganisation des contenus, l'ergonomie et l'architecture du futur site. Une équipe projet *ad hoc* a été mobilisée sur ce chantier prioritaire avec pour objectif une ouverture du site à l'automne 2020.

Un rôle de passerelle

dans le paysage du social



La *Revue française des affaires sociales* (RFAS) a étendu ses activités, notamment avec l'animation du portail internet *Publisocial*, tout en continuant la publication régulière de la *Revue* et l'organisation de séminaires de recherche.

Faciliter l'accès à un grand nombre de données

Depuis le mois de décembre, la RFAS anime le portail internet *Publisocial*, qui rassemble aujourd'hui une douzaine de partenaires (caisses, associations, hauts conseils, observatoire, etc.) afin de permettre aux chercheurs et au grand public d'accéder rapidement à un vaste panel de données publiées sur les questions sociales et de santé.

Les rapports institutionnels et la littérature grise y sont également indexés. Ils ont constitué la thématique centrale du séminaire de lancement du portail le 14 novembre, avec la participation de Joachim Schöpfel, maître de conférences en sciences de l'information et de la documentation à l'université de Lille.

Diversifier les thèmes de séminaires

La mission de passerelle de la revue entre le milieu universitaire et l'administration a été confortée par l'organisation de séminaires spécifiques, soit pour préparer les numéros de 2020 (par exemple, avec une séance sur la réforme de l'organisation des soins primaires sur l'hospitalisation à domicile, et une séance sur le corps comme élément d'action publique entre biologique et social), soit pour approfondir la réflexion sur un dossier. Les auteurs ayant publié dans la *Revue* sur les ressources des jeunes ont ensuite été réunis pour présenter leurs travaux à d'autres chercheurs et aux membres de l'administration intéressés.

Éclairer la recherche par des travaux originaux

En plus de quatre numéros annuels, la *Revue* a publié un hors-série sur les politiques sociales locales. Issu du séminaire de la Mission Recherche de la DREES, organisé avec la Caisse nationale des allocations familiales, cette publication a permis la mise à jour de travaux originaux, notamment sur Mayotte, et d'éclairer le rôle des collectivités dans des politiques publiques très diverses, relatives à l'emploi, à l'autonomie ou à la protection de l'enfance.

⋮ Buisson, G., Le Pape, M.-C., Virot, P. (coord.) (2019 octobre-décembre). Des parentalités bousculées. La Documentation française. *Revue française des affaires sociales*, 4.

⋮ Com-Ruelle, L., Julienne, K. (coord.) (2019 juillet-septembre). La pertinence des soins. La Documentation française. *Revue française des affaires sociales*, 3.

⋮ Charles, N., Portela, M., Raynaud, E. (coord.) (2019 avril-juin). Un regard renouvelé sur les ressources des jeunes : ressources matérielles, soutien, accès aux capacités. La Documentation française. *Revue française des affaires sociales*, 2.

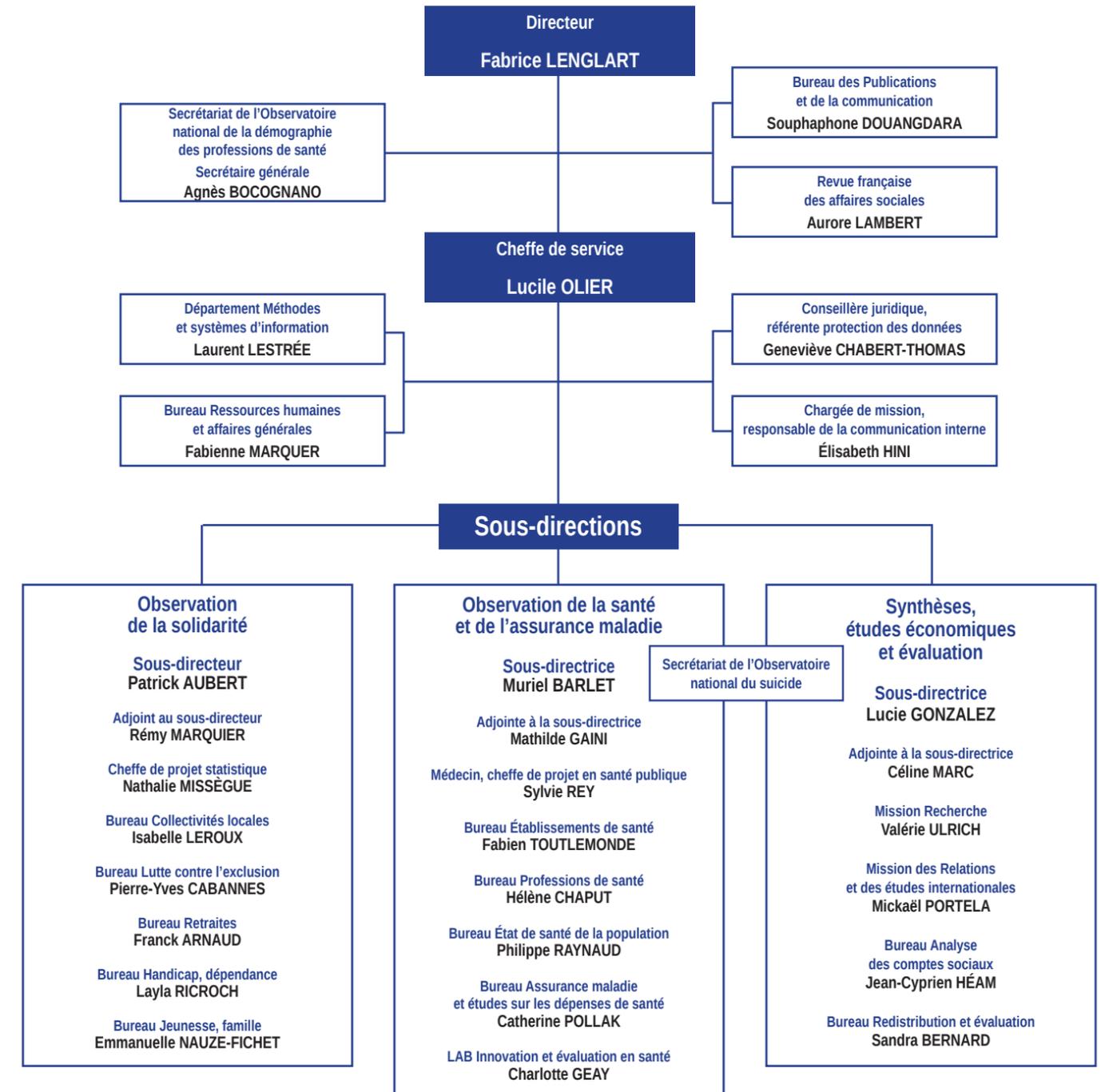
⋮ Giraud, O., Outin, J.-L., Rist, B. (coord.) (2019 janvier-mars). La place des aidants profanes dans les politiques sociales, entre libre choix, enrôlements et revendications. La Documentation française. *Revue française des affaires sociales*, 1.

⋮ Outin, J.-L., Lafore, R. (coord.) (2019, décembre). Politiques sociales locales. La Documentation française. *Revue française des affaires sociales*, hors-série 1.

⋮ Le site *Publisocial* www.publisocial.fr/

DREES ORGANIGRAMME

au 1^{er} juillet 2020



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

Directeur de la publication Fabrice Lengart

Rédaction en chef, conception éditoriale et graphique Élisabeth Hini

Rédaction Élise Amar, Franck Arnaud, Patrick Aubert, Hélène Chaput, Muriel Barlet, Sandra Bernard, Guillemette Buisson, Pierre-Yves Cabannes, Christel Collin, Laurence Dauphin, Souphaphone Douangdara, Lucie Gonzalez, Quentin Laffeter, Aurore Lambert, Aude Lapinte, Aude Leduc, Isabelle Leroux, Jean-Cyprien Héam, Élisabeth Hini, Myriam Mikou, Muriel Moisy, Emmanuelle Nauze-Fichet, Lucile Olier, Laure Omalek, Adrien Papuchon, Catherine Pollak, Mickaël Portela, Philippe Raynaud, Jehanne Richet, Lucile Richet-Mastain, Layla Ricoch, Fabien Toutlemonde, Valérie Ulrich

Secrétaire de rédaction Élisabeth Castaing, Sabine Boulanger **Mise en ligne** Chaouki Titouhi

Crédits photos Couverture : Who is Danny > p. 5 Darq > p. 7 Darko 1981 > pp. 8-9 itlada > pp. 14-15 Spotmatik Ltd > p. 16 LifetimeStock > p. 17 serdjophoto > p. 18 Sergey Mikheev > p. 19 goodluz > p. 21 Tyler Olson > pp. 22-23 Rawpixel.com > p. 24 Lisa F. Young > p. 25 Monkey Business Images > p. 26 Lena May > p. 27 Dmytro Zinkevych > p. 28 pixelheadphoto digitalskillet > p. 31 sakkmasterke
ISSN 2679-3660

