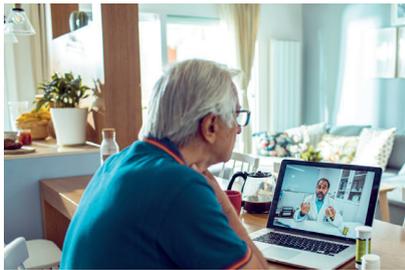


DREES

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

Rapport d'activité 2020



Site internet
drees.solidarites-sante.gouv.fr/

Contact
drees-infos@sante.gouv.fr

Accès aux données en *Open data*
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/pages/accueil/

ISSN 2679-3660

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

Directeur de la publication Fabrice Lenglard

Rédaction en chef, conception éditoriale et graphique Élisabeth Hini

Rédaction Franck Arnaud, Patrick Aubert, Muriel Barlet, Valérie Bauer, Vanessa Bellamy, Sandra Bernard, Guillemette Buisson, Pierre-Yves Cabannes, Hélène Chaput, Vianney Costemalle, Mathilde Gaini, Lucie Gonzalez, Élisabeth Hini, Aurore Lambert, Aude Lapinte, Geoffrey Lefebvre, Olivier Léon, Isabelle Leroux, Pauline Meinzel, 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 Ricroch, Fabien Toutlemonde, Valérie Ulrich

Secrétariat de rédaction Mathilde Deprez **Mise en ligne** Chaouki Titouhi

Crédits photos Couverture : > p. 2 Dicom > pp. 4 à 7 CYCLONEPROJECT > pp. 10 à 15 melitas > p. 16 Nikola Ilic > p. 17 FluxFactory > p. 18 FG Trade > p. 19 SDI Productions > p. 20 FatCamera > p. 21 eclipse_images > pp. 22 et 23 numismarty > p. 24 dra_schwartz > p. 25 ipopba > p. 26 FG Trade > p. 27 Cameravit > p. 28 melitas > p. 29 vorDa > p. 30 andresr > p. 31 scyther5 > p. 32 gremlin

SOMMAIRE

2-3 Le mot du directeur

4 à 7 *Les travaux de la DREES liés à la crise sanitaire*
- Le Panel des médecins généralistes : un outil pour ausculter l'impact du Covid sur la prise en charge en ville
- Observer la diffusion du virus et les effets de l'épidémie grâce à EpiCov
- Suivre les hospitalisations et les tests de dépistage pour analyser la situation épidémique du pays
- Observer le retentissement de la crise sanitaire sur l'évolution de la pauvreté

8-9 - Accompagnement et appui opérationnel à la gestion de la crise sanitaire

10-11 - Simulations et aide à la décision
12-14 - Enquêtes et opérations statistiques
15 - Premiers résultats

16 **L'observation des solidarités**

17 *Enfance, famille, jeunesse*

- 7,3 millions d'adultes habitent chez autrui

18 *Retraites*

- Les personnes souffrant d'incapacités quittent le marché du travail plus jeunes, mais liquident leur retraite plus tard

19 *Autonomie*

- Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé

20 *Handicap*

- Situations familiales, violences subies : mieux connaître la situation des personnes handicapées

21 *Minima sociaux et pauvreté*

- Bénéficiaires de minima sociaux : un isolement supérieur à la moyenne de la population

22-23 *Protection sociale*

- Pour la troisième année consécutive, le solde de la protection sociale continue de s'améliorer
- Éclairer la politique familiale grâce au compte de l'enfance

24 **L'observation de la santé**

25 *Établissements de santé*

- Les motifs de recours hospitalier en court séjour en 2018 et leurs évolutions récentes

26-27 *État de santé et recours aux soins*

- L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 11,5 ans pour les femmes et de 10,4 ans pour les hommes

- Programme de recherche sur la santé mentale : les expériences du travail, du chômage et de la précarité

28-29 *Professionnels de santé*

- Professionnels de la rééducation : une insertion rapide sur le marché du travail
- Territoires sous-denses : difficultés et adaptation des médecins généralistes

30-31 *Dépenses de santé*

- Le reste à charge des assurés en affection de longue durée comparable à celui des autres patients
- La France consacre 8,6 % de son PIB aux dépenses de santé

32 *Revue française des affaires sociales*

La Revue française des affaires sociales : 2020, une année tournée vers les professionnels

Une année de défis pour la statistique publique

L'année 2020, traversée par l'onde de choc de la crise sanitaire liée à la Covid-19, restera une année de grands défis pour la DREES et pour la statistique publique. Au cœur du ministère des Solidarités et de la Santé, la DREES a montré, dans ce contexte, sa capacité à s'adapter dans l'urgence afin de produire des informations statistiques précieuses pour, d'une part, documenter la situation sanitaire du pays et ses conséquences et, d'autre part, éclairer la décision.



Fabrice Lenglard,
directeur de la DREES

La DREES dans son rôle de direction de la donnée

Dès le début de la crise sanitaire, la DREES a très rapidement redéployé une partie de ses équipes pour venir en renfort au Centre de crise sanitaire (CCS) du ministère. Ses missions d'éclairage dans l'aide à la décision ont pris une tournure inédite. La progression rapide de l'épidémie nécessitait des besoins nouveaux en production et analyse de données. Pour ce faire, la DREES a mis en place un nombre important d'opérations statistiques indispensables à la gestion opérationnelle, aidant à documenter la crise en temps réel. C'est la première fois, depuis sa création, que la DREES est engagée dans l'appui à la gestion d'une crise sanitaire. Elle a su développer, expertiser et exploiter les systèmes d'information liés à la crise, afin de fournir au CCS des statistiques pertinentes, collecter des données nouvelles, assurer leur diffusion et enfin publier des études originales. Une publication hebdomadaire sur les tests de dépistage de la Covid-19 a ainsi été mise en place. Cette expérience a montré la forte capacité d'adaptation de la DREES, confortant ainsi son positionnement dans son rôle de direction de la donnée du ministère (voir pp. 8-9). En vue de documenter au mieux et au plus vite les enjeux liés à la pandémie de Covid-19, le programme d'enquêtes 2020 a été ajusté, avec notamment la mise sur pied de l'enquête EpiCov en collaboration avec l'Inserm en un temps record, mais aussi une enquête flash sur le fonctionnement des établissements et services d'action éducative de l'aide sociale à l'enfance (ASE) durant le premier confinement. Certaines opérations statistiques récurrentes ont été réorientées ou enrichies de modules sur la thématique Covid, en particulier le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale et le Baromètre d'opinion. Enfin un tableau de suivi mensuel des prestations de solidarité est également diffusé (voir pp. 4 à 7).

Continuer à améliorer la qualité et la couverture statistique

La DREES, malgré le bouleversement de son programme de travail et le redéploiement d'une partie de ses équipes, a néanmoins maintenu la production des comptes de la protection sociale et de la santé, ainsi que ses grandes enquêtes annuelles récurrentes, en aménageant leur calendrier et leur contenu lorsque c'était nécessaire. Un nouveau protocole a été mis en place pour la collecte de l'enquête sur les principaux contrats souscrits auprès des organismes complémentaires en santé (enquête OC), permettant d'en améliorer la représentativité, et un bordereau Covid a été ajouté à la collecte de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

La DREES a poursuivi l'enrichissement des dispositifs d'observation statistique grâce aux bases de données administratives produites par le ministère et ses opérateurs, par la création notamment de nouvelles bases transversales sur les bénéficiaires de minima sociaux (projet RI-insertion) et dans le domaine de l'autonomie (projets BADIANE et RI-autonomie). Elle a élaboré le modèle de projection Lieux de vie et autonomie (LIVIA), qui permet des projections pour les niveaux de dépendance et les lieux de vie des seniors à l'horizon 2050, et la maquette EDIFIS (Évaluation des dispositifs fiscaux et sociaux sur cas-type), qui permet de visualiser le revenu disponible mensuel de ménages types en fonction de leurs ressources propres, des prestations qu'ils reçoivent et des impôts qu'ils payent. Elle a mis à jour ses modèles de projections de professionnels de santé pour préparer la conférence nationale du premier trimestre 2021. D'autres modèles de simulation ont été entièrement refondus et enrichis (Trajectoire, Omar-Ines). Par ailleurs, la DREES a poursuivi ses travaux d'évaluation de la stratégie nationale de santé et des expérimentations de nouvelles organisations en santé.

Dans le cadre de la création d'une 5^e branche de la Sécurité sociale consacrée aux politiques d'autonomie, elle a aussi contribué aux travaux de préparation de la future loi grand âge et lancé un plan d'action pour améliorer les statistiques sur le handicap et l'autonomie.

Cependant, un certain nombre de collectes récurrentes ou aperiodiques, notamment en face-à-face, ont dû être reportées (voir pp. 12 à 14). Ont été également interrompus les travaux liés aux chantiers ministériels suspendus, sur la préfiguration de la réforme des retraites, la réforme du revenu universel d'activité, les missions d'évaluation du plan Santé.

Renforcer la diffusion de nos travaux

Notre site internet a été rénové afin d'améliorer le service rendu à nos utilisateurs (voir encadré). Il est désormais indépendant de celui du ministère, conformément au code de bonnes pratiques de la statistique européenne. Il continuera à s'enrichir de nouvelles rubriques et fonctionnalités dans les mois et les années à venir.

Pour mieux répondre aux attentes très diverses de nos publics, des outils de diffusion et des nouveaux supports de données ont été développés (vidéos, infographies, dataviz). Désormais, nos publications sont complétées par des données accessibles en Open data sur notre site. La DREES a en outre entamé, à l'automne 2020, l'ouverture progressive des codes source de ses études.

Afin de mieux faire connaître nos travaux, deux formats de présentation publique ont été développés : les séminaires, qui offrent une exploration thématique approfondie de plusieurs travaux de la direction, et les Cafés de la statistique dématérialisés, qui présentent, sous un format court, les principaux résultats d'une étude récemment publiée.

Stimuler l'innovation tout en préservant nos missions

Bien sûr, je n'imaginai pas, lors de ma prise de fonction le 6 janvier 2020 à la tête de la DREES, que celle-ci serait confrontée quelques semaines plus tard à une situation de crise sanitaire mondiale. Les équipes ont non seulement œuvré pour assurer une continuité du programme d'études et d'enquêtes, mais elles ont surtout montré, malgré le confinement et le télétravail, que notre direction pouvait se mettre en mouvement pour proposer des opérations statistiques et des outils innovants dans une situation de crise exceptionnelle. Je les remercie d'avoir poursuivi avec constance les travaux qui pouvaient l'être et d'avoir mis à profit cette période pour expérimenter tous azimuts.

Ce rapport d'activité, qui couvre une année riche en enseignements, retrace les opérations innovantes liées à la crise sanitaire, la continuité des travaux récurrents et la diversité de notre production de données et d'études. En définitive, il fait ressortir l'importance prise par la maîtrise de la donnée et l'excellence de la DREES en la matière.

Un nouveau site internet pour la DREES

La DREES s'est engagée, dans son projet « Stratégie 2021 », à améliorer la visibilité de ses travaux, faciliter leur accès et multiplier ses canaux et formats de diffusion, dans le but de s'adresser au plus grand nombre. Jusqu'en 2020, l'espace internet de la DREES était hébergé sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé. Avec la création de son propre site internet, la DREES marque l'indépendance de ses productions statistiques et se met en conformité avec le code de bonnes pratiques de la statistique européenne. Le site rassemble et harmonise la diffusion de ses publications, de ses données en Open data, de la documentation de ses enquêtes et de ses datavisualisations notamment. Les contenus organisés par thématiques facilitent les recherches des internautes.

Poursuivant la stratégie de généralisation de la mise à disposition des données, les analyses et études sont complétées par la diffusion d'un grand volume de jeux de données facilement accessibles.

L'offre de ressources numériques de la DREES s'est diversifiée avec la réalisation de datavisualisations qui présentent de façon dynamique les données sous forme de graphiques évolutifs, de cartes ou de vidéos.

Un espace dédié aux travaux liés à la crise sanitaire

La DREES diffuse sur son site internet l'ensemble de ses travaux, permettant ainsi d'éclairer les enjeux sanitaires et sociaux induits par la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19.

Elle publie les statistiques hebdomadaires sur les tests de dépistage de la Covid-19 (RT-PCR, antigéniques, puis salivaires en 2021). Cette publication en datavisualisation montre les évolutions du nombre et des délais de rendu des résultats. Elle compile, sur une même interface, l'historique de la situation des tests depuis octobre 2020, ainsi qu'une description de la méthodologie d'utilisation des données.

La DREES diffuse également sur son site un tableau de suivi mensuel des prestations de solidarité, dans le but de documenter, sur la durée, le retentissement de la crise sanitaire en évaluant les effectifs de bénéficiaires des prestations de solidarité.



Les travaux de la DREES liés à la crise sanitaire

Le Panel des médecins généralistes : un outil pour ausculter l'impact du Covid sur la prise en charge en ville

Dès le début de la crise sanitaire, la DREES a réorganisé ses travaux pour documenter les enjeux liés à la pandémie de Covid-19. Parmi ses enquêtes récurrentes, le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale a permis, dès le confinement du printemps 2020, d'interroger les médecins généralistes. Près de 1 200 médecins ont ainsi répondu à deux vagues de l'enquête menées par internet : en avril 2020, durant le premier confinement, puis en mai 2020 lors du déconfinement. Le questionnaire, adapté au contexte de la crise sanitaire, a porté sur les perceptions et opinions des médecins vis-à-vis de l'épidémie, leurs pratiques et conditions d'exercice, leur niveau d'activité et les motifs de consultations de leurs patients. Au dernier trimestre 2020, deux autres vagues ont prolongé ce questionnaire, avec un focus notamment sur la vaccination.

L'activité des médecins au printemps 2020 chamboulée par la crise sanitaire

Interrogés sur une semaine en avril 2020, 5 % des médecins généralistes déclarent ne pas avoir travaillé la semaine précédant l'enquête, la moitié d'entre eux parce qu'ils avaient contracté la Covid-19. Le volume horaire de travail hebdomadaire a été réduit de dix heures ou plus pour la moitié des médecins.

Grâce à la téléconsultation, sept médecins sur dix ont continué d'assurer le diagnostic et la surveillance de leurs patients ayant contracté la Covid-19. Durant cette période, les consultations pour le suivi de maladies chroniques, le suivi pédiatrique ou le suivi de grossesse ont chuté de plus de 50 % par rapport à l'activité courante pour près d'un médecin généraliste sur deux.

En avril 2020, les demandes de soins liées à la santé mentale ont augmenté pour la moitié des médecins, tendance qui se confirme au mois de mai lors du déconfinement, et au cours des mois de novembre et décembre 2020. En effet, en mai, les consultations pour stress, troubles anxieux ou dépressifs sont encore en forte augmentation par rapport à la période qui précède le confinement.

La semaine du 11 mai 2020, au sortir du confinement, neuf médecins sur dix déclarent moins d'un quart des consultations pour motif principal de coronavirus. Parallèlement, le rythme des consultations pour d'autres motifs reprend progressivement. La moitié des médecins estiment cependant que les suivis pédiatriques restent moins fréquents que d'habitude.

】 Monziols, M., Chaput, H., et al. (2020, septembre). Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19. DREES, *Études et Résultats*, 1162.

】 Monziols, M., Chaput, H., et al. (2020, septembre). Perceptions et opinions des médecins généralistes lors du déconfinement. DREES, *Études et Résultats*, 1161.

】 Monziols, M., Chaput, H., et al. (2020, septembre). Après le confinement, les médecins généralistes ne reviennent que progressivement à une activité normale. DREES, *Études et Résultats*, 1160.

】 Monziols, M., Chaput, H., et al. (2020, mai). Perception des risques et opinions des médecins généralistes pendant le confinement lié au Covid-19. DREES, *Études et Résultats*, 1151.

】 Monziols, M., Chaput, H., et al. (2020, mai). Comment les médecins généralistes ont-ils exercé leur activité pendant le confinement lié au Covid-19 ? DREES, *Études et Résultats*, 1150.

Observer la diffusion du virus et les effets de l'épidémie grâce à EpiCov

EpiCov est une enquête épidémiologique de grande ampleur portée par la DREES et l'Inserm, en lien avec l'Insee, Santé publique France, le CNRS, l'Ined et l'Université Paris-Saclay. Au total, 135 000 personnes âgées de 15 ans ou plus ont répondu au premier volet de l'enquête. Menée en mai 2020, cette première collecte fournit, dès le mois d'octobre, des informations sur la diffusion du virus et d'observer certaines conséquences de l'épidémie sur les individus.

Au printemps 2020, la séroprévalence est plus élevée parmi la tranche d'âge des 30-49 ans

D'après la première vague de l'enquête, collectée en mai 2020, la séroprévalence du SARS-CoV-2, c'est-à-dire la proportion de personnes ayant développé des anticorps contre le virus, s'élève à 4,5 % en France métropolitaine parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus hors Ehpad. La séroprévalence est la plus élevée à Paris (9,0 %), dans les départements de la petite couronne (9,5 %) et dans le Haut-Rhin (10,8 %).

La séroprévalence est plus élevée parmi la tranche d'âge des 30-49 ans. Les personnes vivant dans une commune à forte densité urbaine, exerçant une profession dans le domaine du soin ou vivant avec un nombre important de personnes dans le même logement, ont un risque accru d'infection par le virus. Indépendamment de ces facteurs, la proportion de personnes contaminées est également plus élevée lorsqu'un membre du ménage a présenté des symptômes évocateurs de la Covid-19 ou a fait l'objet d'un test positif au coronavirus.

En mai 2020

4,5 %

de la population a développé des anticorps contre la Covid-19.

Des taux d'hospitalisation plus élevés chez les hommes, avec un écart marqué chez les plus âgés

La confrontation des données d'hospitalisation (SI-VIC) et de sérologie (EpiCov) a permis d'estimer les hospitalisations pour coronavirus au cours de la première vague de l'épidémie (voir p. 6 pour SI-VIC).

2,7 % des individus infectés de 15 ans ou plus résidant en France métropolitaine hors Ehpad ont développé une forme grave de la maladie conduisant à une hospitalisation. Ce taux augmente de façon exponentielle avec l'âge, passant de 0,3 % chez les 15-29 ans, à 2,2 % chez les 50-59 ans, jusqu'à atteindre 22,6 % chez les 70 ans ou plus. De plus le taux d'hospitalisation des hommes, de 3,7 %, est sensiblement plus élevé que celui des femmes, de 1,9 %.

Environ une personne contaminée sur deux est dépistée

L'application de ces taux au nombre d'hospitalisations survenant après la première vague permet d'estimer un nombre de contaminations, en l'absence d'enquêtes sérologiques, pouvant être comparé au nombre de personnes testées positives (données SI-DEP) au cours d'une même période. La proportion de personnes contaminées effectivement dépistée augmente avec la montée en charge des tests PCR et atteint plus d'une personne sur deux en novembre 2020.

] [Warszawski, J., Bajos, N., et al. \(2020, octobre\).](#) En mai 2020, 4,5 % de la population vivant en France métropolitaine a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2. DREES, *Études et Résultats*, 1167.

] [Costemalle, V., Courtejoie, N., et al. \(2020, décembre\).](#) À la veille du deuxième confinement, le système de dépistage détectait plus de la moitié des personnes infectées par la Covid-19 - SARS-CoV-2. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 72.



Les travaux de la DREES liés à la crise sanitaire

Suivre les hospitalisations et les tests de dépistage pour analyser la situation épidémique du pays

L'outil Système d'information pour le suivi des victimes (SI-VIC), utilisé depuis 2016, permet d'observer les hospitalisations en cas de situations sanitaires exceptionnelles. Cet outil a été utilisé dès le 11 avril 2020 par la DREES pour collecter l'ensemble des informations enregistrées depuis le début de la crise sanitaire et analyser ainsi les parcours des patients hospitalisés pour Covid-19.

Par ailleurs, la DREES exploite les données du Système d'information de dépistage (SI-DEP), qui portent sur l'ensemble des tests virologiques de dépistage de la Covid-19 réalisés en France depuis mi-mai 2020 par les laboratoires d'analyse médicale et les pharmacies.

La moitié des hospitalisations a duré moins de dix jours

Durant la première vague de l'épidémie, quatre patients hospitalisés sur cinq sont rentrés chez eux à la suite de leur hospitalisation. La moitié des séjours a duré moins de dix jours, et les séjours les plus longs sont ceux qui ont nécessité une hospitalisation en soins critiques, avec une durée médiane de 20 jours passés à l'hôpital. L'hospitalisation en soins critiques est cependant restée minoritaire, y compris parmi les personnes décédées, puisque les trois quarts des décès ont eu lieu en hospitalisation conventionnelle.

Statistiques hebdomadaires sur les tests de dépistage, reflet de la situation épidémique

Depuis octobre 2020, la DREES publie chaque semaine des informations relatives au nombre de tests de dépistage (RT-PCR, antigéniques, puis salivaires en 2021) et aux délais de rendu des résultats. Cette publication hebdomadaire reflète la situation épidémique du pays.

] Courtejoie, N., Dubost, C.-L. (2020, octobre). Parcours hospitalier des patients atteints de la Covid-19 lors de la première vague de l'épidémie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 67.

] Résultats des tests de dépistage. Consulter la méthodologie, la publication hebdomadaire et les résultats en datavisualisation.

] Courtejoie, N., Dubost, C.-L., et al. (2020). *Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France*, Science, 369 (6500) : 208-2011.

Des inégalités sociales plus marquées en période de crise sanitaire

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 et ses conséquences économiques soulèvent des enjeux majeurs en matière d'inégalités sociales. Les inégalités sociales de santé (ISS) peuvent se renforcer en raison d'un cumul d'inégalités face au risque d'exposition et de vulnérabilité face à la maladie. Les personnes les plus modestes ont un risque d'exposition à la Covid-19 plus élevé, parce qu'elles vivent dans des logements plus peuplés et que leurs conditions de travail les exposent davantage, mais aussi parce qu'elles souffrent plus fréquemment d'une pathologie associée à un risque important de forme grave de la maladie. Dans le cas de la Covid-19, un deuxième phénomène s'est ajouté : les inégalités face au confinement qui influent à leur tour sur la santé, la sécurité matérielle, les inégalités de logement ou encore le suivi éducatif.

] Dubost, C.-L., Pollak, C. (coord.), et al. (2020, juillet). Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 - État des lieux et perspectives. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 62.

] Barhoumi, M., Pollak, C., et al. (2020). Les inégalités sociales à l'épreuve de la crise sanitaire : un bilan du premier confinement. Dans *France, portrait social - édition 2020*. Paris, France : Insee.

] André, M., Pollak, C., et al. (2021, février). *Rapport du groupe d'experts sur la mesure des inégalités et de la redistribution*. Paris, France : Insee, coll. Méthodes.

Observer le retentissement de la crise sanitaire sur l'évolution de la pauvreté

Dans le contexte de crise sanitaire, la DREES publie chaque mois un tableau de suivi des prestations de solidarité, réalisé avec le concours des organismes gestionnaires de ces prestations. Ce tableau rassemble et fournit les données mensuelles disponibles les plus récentes et éclaire les effets de la crise sanitaire, y compris à l'échelle des territoires, sur l'évolution de la pauvreté en France.

L'impact de la crise sanitaire sur les effectifs de bénéficiaires des prestations de solidarité

Le nombre d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA), resté proche de 1,9 million de janvier 2017 à février 2020, a fortement augmenté dès le premier confinement et jusqu'en août 2020 (+8,6 % entre août 2019 et août 2020), du fait de la détérioration de la situation économique. Après une moindre croissance en octobre et novembre 2020, les effectifs ont commencé à diminuer en décembre, tendance qui se poursuit début 2021.

Après une baisse continue depuis 2015, interrompue par le premier confinement, le nombre de bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), reparti à la hausse en juin 2020, retrouve début 2021 son niveau d'avant-crise.

Le premier confinement a quasiment interrompu les entrées dans le dispositif de la Garantie jeunes. Mais après une reprise depuis juin 2020, les entrées dans ce dispositif restent très dynamiques. Début 2021, les effectifs de bénéficiaires de la Garantie jeunes ont, eux aussi, retrouvé leur niveau d'avant-crise.

] Cabannes, P.-Y., Calvo, M., et al. (2020, décembre). Plus de 2 millions d'allocataires du RSA fin octobre 2020 - Mise en place d'un suivi mensuel des prestations de solidarité pendant la crise sanitaire. DREES, *Études et Résultats*, 1175.

] Tableau de bord des prestations sociales. Données mensuelles sur les prestations de solidarité.

Tension dans les établissements et services de l'aide sociale à l'enfance durant le confinement du printemps 2020

Les mesures sanitaires et le premier confinement ont rapidement généré des difficultés et appréhensions pour les enfants, adolescents et jeunes majeurs protégés, pour les familles suivies et pour les professionnels de l'aide sociale à l'enfance (ASE). En vue de livrer un état des lieux de la situation durant cette période, la DREES a réalisé une enquête flash sur le fonctionnement des établissements et services d'action éducative de l'ASE durant la semaine du 30 mars au 5 avril 2020. Au cours de cette semaine, des jeunes ont dû quitter leur lieu de vie habituel (lieu d'accueil ou milieu familial) dans 25% des établissements de l'ASE et dans 30% des services d'action éducative. Cependant, un établissement sur cinq et la moitié des services d'action éducative ont continué à admettre de nouveaux jeunes. Deux établissements de l'ASE sur trois et la moitié des services d'action éducative ont connu une baisse de leurs effectifs de personnel par rapport à la situation avant confinement. Parallèlement, trois établissements de l'ASE sur cinq déclarent que leur personnel (présent) a dû travailler plus qu'en temps normal. Malgré un équipement informatique souvent limité, 98 % des établissements ont pu assurer le suivi et le soutien scolaires d'au moins une partie des jeunes scolarisés, le plus souvent pour l'ensemble ou pour une grande majorité des jeunes (83%).

] Abassi, É. (2020, mai). Les établissements et services de l'aide sociale à l'enfance durant le confinement. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 56.



Accompagnement et appui opérationnel à la gestion de la crise sanitaire

Dès le début de l'épidémie de Covid-19, la DREES est venue en renfort au Centre de crise sanitaire (CCS) du ministère des Solidarités et de la Santé. La montée en puissance très rapide de l'épidémie a conduit à des besoins sans cesse accrus en production et analyse de données. L'équipe déployée par la DREES au service de la crise sanitaire a ainsi compté plus de 15 équivalents temps plein (ETP) sur les 50 ETP de la sous-direction Observation de la santé et de l'Assurance maladie (OSAM), et des renforts venus des deux autres sous-directions de la DREES. Son implication s'est traduite par un nombre important d'opérations et de productions de statistiques visant, d'une part, à collecter de l'information indispensable à la gestion opérationnelle et, d'autre part, à documenter la crise en temps réel.

Grâce à sa connaissance fine des dispositifs de données existants, la DREES a su concevoir en un temps très court des indicateurs, des enquêtes *ad hoc* de statistique publique ou adapter des enquêtes existantes en élaborant très rapidement des questionnaires réduits. C'est le cas du Panel auprès des médecins généralistes libéraux qui a permis de recueillir leur opinion sur différents sujets et lors de différentes phases de la crise sanitaire (voir p. 4).

La DREES a également piloté, en collaboration avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), une étude épidémiologique de grande ampleur, EpiCov, afin d'observer lors des différentes phases de l'épidémie la diffusion du virus et les effets de la crise sanitaire sur la population (voir p. 5).

Enfin, les équipes de la DREES ont été mobilisées pour constituer et exploiter des systèmes d'information utiles au suivi et au pilotage des opérations relatives à la lutte contre l'épidémie.

Expertiser et exploiter les systèmes d'information pour fournir des données pertinentes

Dès le mois de mars 2020, les statisticiens de la DREES ont exploité les données disponibles pour cartographier la diffusion de l'épidémie en France. Le système d'information pour le suivi des victimes (SI-VIC), initialement utilisé en 2016 après les attentats pour observer les hospitalisations en cas de situations sanitaires exceptionnelles, et déployé par la Direction générale de la santé (DGS) et l'Agence du numérique en santé (ANS), a très rapidement été réorienté pour collecter l'ensemble des informations visant à documenter en temps réel les parcours des patients hospitalisés pour Covid-19 et alimenter les modèles de prévision de l'évolution de l'épidémie. L'expertise de ces données et leur analyse, en collaboration avec la DGS, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et Santé publique France (SpF), a permis de fournir aux directions métier les statistiques les plus pertinentes possible pour prendre les décisions.

Concernant les tests de dépistage, la DREES a été associée en amont à la construction et à l'expertise du

système d'information de dépistage, dit SI-DEP, qui concentre l'information fournie par les laboratoires d'analyse médicale et les pharmacies sur les tests. Elle appuie la gestion opérationnelle de la stratégie de dépistage en exploitant ces données pour suivre l'activité des laboratoires.

Une équipe de la DREES est également venue en renfort auprès de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) au printemps 2020 et a permis d'aider à répartir les stocks de médicaments en tension utilisés notamment en réanimation. Pour cela la DREES a mis en regard plusieurs sources de données, existantes ou nouvelles, pour produire des statistiques permettant d'analyser plus finement les besoins par région, à partir de données de stocks, consommations, des occupations de lits et des prévisions d'entrées en réanimation.

Pour tous ces travaux, la connaissance des répertoires, notamment du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), s'est révélée cruciale pour identifier les établissements puis les laboratoires.

Enfin, la DREES a été étroitement associée fin 2020



Accompagnement et appui opérationnel à la gestion de la crise sanitaire

à la construction et à l'expertise du système d'information Vaccin Covid, produit par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Positionnée en appui à la Task-force Vaccin, la DREES, en collaboration avec la Direction numérique du ministère et SpF a produit des indicateurs utiles pour le suivi de la campagne vaccinale dès son lancement.

Collecter de nouvelles données

Lorsqu'il n'existait pas de données, la DREES a organisé un système de collecte afin de fournir les informations indispensables au pilotage de la crise.

Pour avoir une vision globale du nombre de respirateurs en France, la DREES a mis en place une enquête flash destinée à recenser en un temps très court les respirateurs dans les établissements de santé, et suivre les livraisons de nouveaux respirateurs.

Il s'est également avéré nécessaire d'apprécier, au moment fort du développement des tests de dépistage, les tensions sur le matériel dans les laboratoires. La DREES a de nouveau développé un outil de collecte pour recenser les consommables presque en temps réel et identifier les situations critiques. Cet outil a également permis de suivre le nombre de tests réalisés en France avant le déploiement de SI-DEP.

L'absence d'une base de données consolidée au niveau national sur la disponibilité des lits de réanimation a conduit la DREES à mobiliser des ressources de data analystes statisticiens pour passer d'une extraction manuelle des données régionales sur les lits de réanimation à un système automatisé de récupération des données. Ces informations centralisées ont permis aux équipes métiers de disposer au plus tôt des informations nécessaires pour surveiller la situation dans les établissements de santé.

Mettre en place des outils de restitution et assurer leur diffusion

La crise sanitaire a mis en évidence l'importance du partage de données entre les différents acteurs impliqués dans l'analyse et la gestion opérationnelle. À cette fin, la DREES a commencé par développer des outils de restitution de l'information disponible pour chaque système d'information. Il est rapidement ap-

paru nécessaire de mettre en regard toutes ces informations pour avoir une vision riche et consolidée de la situation sanitaire.

La DREES a alors instauré avec la Direction du Numérique du ministère, une plateforme de mise à disposition des informations statistiques issues de différents producteurs et bases de données, assorties d'une documentation dédiée. L'enjeu était de centraliser ces informations statistiques au sein de l'État et d'assurer leur diffusion pour répondre notamment aux besoins plus spécifiques, venant d'acteurs divers : chercheurs ; agences régionales de santé ; décideurs, etc.

Un outil de datavisualisation de ces informations, à destination des pilotes de la gestion de crise, a également été mis en place, offrant une vision partagée de la situation épidémique en temps réel.

Par ailleurs, dès octobre 2020, la DREES a lancé une nouvelle publication hebdomadaire sur le nombre de tests réalisés et les délais de rendu des résultats des tests (voir p. 6).

Enfin, la DREES a développé, en collaboration avec la Direction du Numérique du Ministère, un outil de suivi de la vaccination accessible aux différents acteurs et pilotes de la campagne nationale.

La DREES conforte son positionnement dans son rôle de direction de la donnée

L'expérience de cette crise sanitaire montre que la DREES a une forte capacité en matière de réactivité et d'adaptation aux nouvelles sources de données.

Les équipes opérationnelles en charge de la gestion de crise ont pu apprécier l'apport de la DREES sur l'ensemble du cycle de vie de la donnée : du développement d'outils de collecte d'information jusqu'à la réalisation d'études approfondies, en passant par l'expertise de bases de données, la mise en qualité des données, la production rapide de statistiques et leur diffusion *via* des tableaux de bord interactifs.

L'appui opérationnel apporté au CCS et aux autres chantiers liés à l'épidémie a permis de conforter, dans ses champs d'expertise, le positionnement de la DREES dans son rôle de direction de la donnée.



Simulations et aide à la décision

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 microsimulation 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.

LIVIA : un modèle de projection pour les lieux de vie des seniors à l'horizon 2050

Le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA) de la DREES permet de réaliser des projections du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans à l'horizon 2050 et donne des répartitions par sexe, âge, niveau de perte d'autonomie et lieu de vie. Ainsi en 2030, 21 millions de seniors de 60 ans ou plus vivront en France, soit 3 millions de plus qu'en 2019. Conserver les pratiques actuelles d'entrée en institution des personnes âgées en perte d'autonomie supposerait de doubler dès maintenant le rythme d'ouverture de places observé depuis 2012, soit 108 000 résidents supplémentaires en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) entre 2019 et 2030, puis encore 211 000 entre 2030 et 2050, qui viendraient s'ajouter aux 611 000 résidents sur les places existantes.

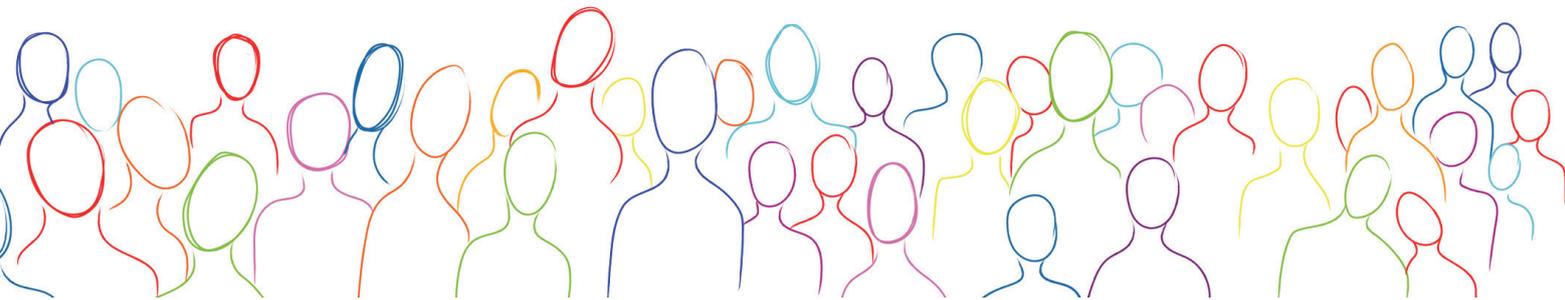
] Miron de l'Espinay, A., Roy, D. (2020, décembre). Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA). DREES, *Études et Résultats*, 1172.

Autonomix, un modèle pour éclairer les travaux de la future loi « Grand âge et autonomie »

Créé par la DREES, le modèle Autonomix s'appuie sur les remontées individuelles de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), l'enquête Aide sociale, les enquêtes Capacités, Aides et Ressources des seniors (CARE) et l'enquête hébergement des personnes âgées (EHPA). Le modèle de microsimulation Autonomix permet à la DREES d'évaluer les impacts financiers des différents scénarios de réforme portant sur la prise en charge à domicile, en résidence autonomie et en établissement d'hébergement pour personnes dépendantes (cf. supra).

Mettre en perspective les effets des différents scénarios de réforme en matière de retraites avec le modèle TRAJECTOIRE

La DREES apporte son appui à l'évaluation des politiques publiques en matière de retraite grâce à une importante production statistique. Elle a notamment participé activement aux travaux préparatoires à la réforme des retraites, suspendue en mars 2020 en raison de la crise sanitaire de la Covid-19. Grâce à son modèle de microsimulation dynamique TRAJECTOIRE, la DREES met en perspective les effets des différents scénarios de réforme. Ce modèle peut simuler la carrière d'un échantillon d'individus, ainsi que tous les éléments nécessaires au calcul d'une pension de retraite (trimestres cotisés dans chaque caisse de retraite, trimestres validés, salaire, etc.). Il simule également les comportements de départ à la retraite,



Simulations et aide à la décision

en fonction d'une législation dont les caractéristiques sont modifiables. Enfin, il calcule une pension de retraite tous régimes pour chaque individu. La DREES a mis à profit la suspension de la réforme pour procéder à une refonte intégrale du modèle.

Ines, le modèle qui simule l'impact des politiques sociales et fiscales

Le modèle Ines simule la législation sociale et fiscale française à partir d'un ensemble de données issues des enquêtes annuelles de l'Insee sur les revenus fiscaux et sociaux (ERFS), qui disposent d'une multitude d'informations sur les caractéristiques socio-démographiques des personnes et de leur foyer, leur situation professionnelle ainsi que leurs revenus, issus des déclarations fiscales.

Développé conjointement par l'Insee, la DREES et plus récemment la CNAF, il permet notamment d'évaluer l'impact budgétaire et redistributif de réformes (déjà mises en œuvre ou en discussion) de nombreux prélèvements et prestations sociales : prestations familiales, allocations logement, minima sociaux, cotisations et contributions sociales, impôt sur le revenu...

La DREES mobilise le modèle Ines comme outil d'aide à la décision pour calibrer des réformes mais aussi pour éclairer le débat économique et social dans les domaines de la redistribution monétaire, de la fiscalité ou de la protection sociale. En 2020, Ines a permis, comme chaque année, d'étudier l'impact des réformes sociales et fiscales mises en œuvre l'année précédente.

Omar-Ines, un dispositif pour évaluer le retentissement budgétaire et redistributif des réformes

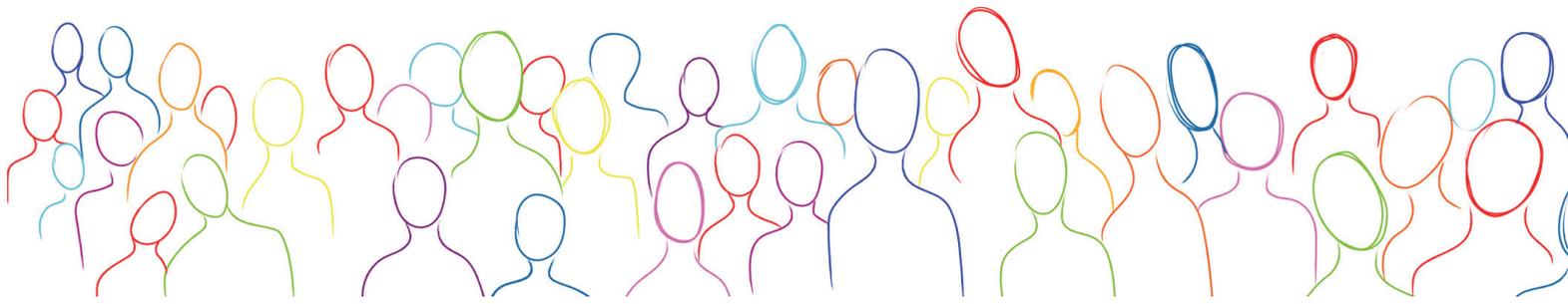
La DREES a, par ailleurs, construit un outil de microsimulation pour analyser les restes à charge (Omar). Omar permet de simuler au niveau individuel le partage des dépenses de santé entre les trois financeurs : la Sécurité sociale, l'organisme complémentaire et l'individu lui-même. Il mobilise des données socio-démographiques issues de plusieurs sources -l'enquête santé européenne (EHIS), le dispositif Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV)- appariées au Système national de données de santé (SNDS), ainsi que l'enquête de la DREES auprès des organismes de complémentaire santé sur leurs contrats les plus souscrits (enquête OC).

Omar a été rapproché de l'outil Ines, rendant ainsi possible des études plus larges de la redistribution en incluant le financement de la branche maladie de la Sécurité Sociale.

La connaissance de la structure de financement des dépenses de santé au niveau microéconomique, et en particulier de la distribution des restes à charge entre les individus selon leurs caractéristiques socio-démographiques, représente un enjeu important pour permettre un pilotage plus fin des politiques de santé.

] Fredon, S., Sicsic, M. (2020, juin). Ines, le modèle qui simule l'impact des politiques sociales et fiscales. *Courrier des statistiques*, 4.

] Cornuet, F., Sicsic, M. (Insee), Fredon, S. et al. (DREES), (2020, décembre). Les réformes socio-fiscales de 2019 augmentent fortement le revenu disponible des ménages, surtout pour ceux de niveau de vie intermédiaire et ceux en emploi. Dans *France, portrait social - édition 2020*. Paris, France : Insee.



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.

Enquêtes reportées ou résultats décalés du fait de la crise sanitaire

Réalisée tous les six ans dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, l'**enquête Santé européenne (EHIS)** a été collectée, pour sa 3^e édition, en 2019. Cette enquête observe l'évolution de l'état de santé des populations et ses déterminants (alimentation, activité physique et sportive, corpulence, tabac, alcool) ou les recours aux soins. Elle permet aussi de positionner la France en Europe au regard de grands indicateurs de santé. En outre, elle apporte un éclairage sur des questions spécifiques au système français d'assurance santé ou au non-recours aux soins. En France, elle a été conduite en métropole et pour la première fois dans les cinq départements et régions d'outre-mer (DROM). Attendus en 2020, les premiers résultats ont été publiés au premier semestre 2021.

La collecte de l'**enquête sur la santé des enfants scolarisés en grande section de maternelle**, initialement prévue en 2020, se déroulera en 2021. Cette enquête a pour objectif d'éclairer l'action publique en mettant en évidence d'éventuelles inégalités sociales de santé. Ses résultats alimentent divers indicateurs de santé à l'échelle nationale, en particulier sur le surpoids et la couverture vaccinale. L'enquête permet également de connaître, à partir de la déclaration des parents, les habitudes de vie, certaines pathologies chroniques (allergies alimentaires, asthme) et le rythme de sommeil de l'enfant.

L'**enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants**, dont la collecte devait démarrer au 4^e trimestre 2020, est reportée au 3^e trimestre 2021. Il s'agit de la 4^e édition de l'enquête. Son échantillon s'élargit pour étudier, pour la première fois, l'accueil des jeunes enfants sur certains champs spécifiques : les enfants handicapés, l'outre-mer, les familles résidant dans les quartiers prioritaires de la ville. Un module rétrospectif sur les conditions d'accueil et de garde pendant le confinement de mars à mai 2020 a été prévu. Un échantillon complémentaire de pères d'enfants nés après juillet 2021 a été sélectionné afin d'évaluer les premiers effets de l'allongement du congé de paternité.

L'**enquête sur les assistants familiaux**, dont la collecte était initialement prévue au 4^e trimestre 2020 est reportée à mi-2021. Cette enquête vise à mieux connaître ces professionnels, leur parcours, leurs motiva-



Enquêtes et opérations statistiques

tions et leurs conditions de travail. Cette profession a fait l'objet de peu d'études statistiques à ce jour, et en particulier d'aucune enquête quantitative de la statistique publique.

Les **enquêtes Autonomie**, dispositif de 8 enquêtes, visent à dresser un panorama complet des conditions de vie des personnes handicapées ou en perte d'autonomie et de leurs aidants en France. Le dispositif inclut en outre de nombreux appariements à des données administratives, dont celles qui seront collectées par la DREES auprès des conseils départementaux sur les prestations qu'ils versent aux personnes âgées et aux personnes handicapées. La crise sanitaire a perturbé la réalisation des tests de l'enquête Ménages et le début de la collecte de celle-ci. Prévue à l'automne 2021, elle sera décalée de six mois, reportant sur l'année 2022 l'ensemble de la collecte. L'enquête Vie quotidienne et santé (VQS), enquête filtre, collectée par internet, papier et téléphone, commence, pour sa part, début 2021 conformément au calendrier initial.

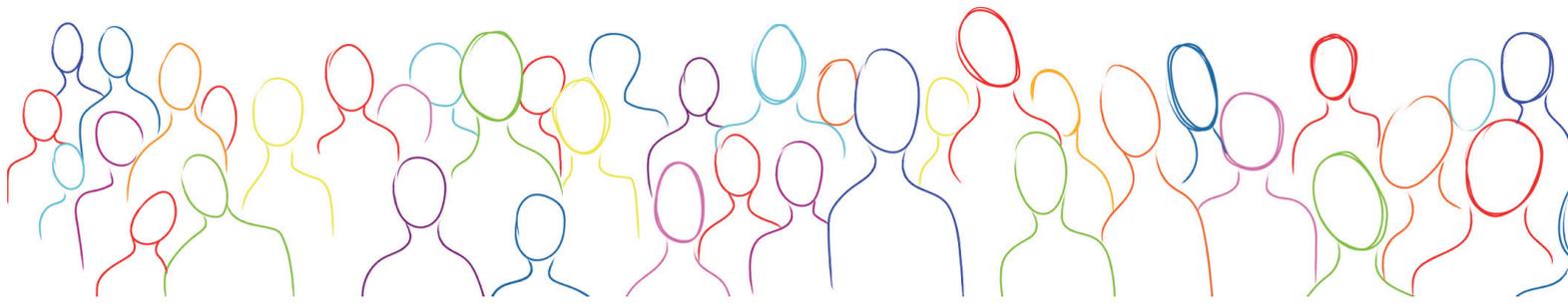
L'enquête Prestation de compensation du Handicap : Exécution dans la Durée et Reste à charge (PHEDRE), effectuée en face-à-face auprès d'un échantillon de bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH), vise à compléter les informations sur le financement de leurs aides et aménagements et recueillir leur ressenti sur le reste à charge ; leurs difficultés (ou non) à mettre en place leur plan d'aide ou les causes de son abandon (même partiel) ; leur recours à l'aide, y compris celle qui n'est pas financée au titre de la PCH.

Prolongée du fait de la crise sanitaire, la collecte, prévue en 2020, puis interrompue lors des 2 confinements durant lesquels seuls un tiers des questionnaires ont été collectés, devrait s'achever à l'automne 2021. L'échantillon interrogé devrait atteindre 3600 répondants environ, soit moins que la cible initiale (4500 répondants). Cette diminution s'explique notamment par les divers retards de l'enquête, qui ont réduit la population interrogeable (déménagements et décès).

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), relative à la situation fin 2019, perturbée par la crise sanitaire, a été collectée en 2020, mais elle a dû être étalée sur 5 mois supplémentaires. De ce fait, le taux de réponse est sensiblement réduit par rapport à la vague précédente. La DREES essaiera toutefois de compenser les délais sur le calendrier des retraitements, et envisage toujours de premiers résultats à la fin de l'été 2021.

L'enquête sur les principaux contrats souscrits auprès des organismes complémentaires en santé (enquête OC), a obtenu le label le 22 janvier 2020, après une refonte complète en 2019 pour assurer une meilleure représentativité des contrats. La collecte 2020 sur les données 2019 a dû être décalée du 1^{er} au 2^e semestre en raison de la crise sanitaire, différant ainsi la publication des résultats.

La vague 2020-2021 de **l'enquête quadriennale auprès des établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale (ES-DS)** vise à dresser un bilan de l'activité des établissements, à décrire les principales caractéristiques de leur personnel ainsi que le profil des personnes qui y sont hébergées ou logées, ou qui en sont sorties. Préparée en 2020, l'enquête a prévu plusieurs évolutions afin de mieux répondre aux nombreuses demandes d'information sur les personnes sans domicile, notamment un élargissement du champ à de nouvelles structures. Sa collecte a commencé fin janvier 2021. En raison



Enquêtes et opérations statistiques

notamment de la crise sanitaire liée à la Covid-19, qui perturbe le fonctionnement des établissements, la fin de collecte initialement prévue mi-mai a été reportée à début juillet 2021 pour essayer d'accroître le taux de réponse.

L'**enquête auprès des étudiants en formation aux professions de santé et du social**, initialement prévue en 2021, sera collectée durant l'année 2022. Réalisée tous les ans jusqu'en 2017, elle sera désormais conduite à un rythme quadriennal, par le biais d'un questionnaire dématérialisé, mis en ligne sur internet. Elle interrogera l'ensemble des étudiants inscrits en 2022 dans une formation préparation aux métiers de la santé et du social sur son profil sociodémographique, son parcours scolaire et ses origines, ce qui l'a amené à choisir la formation qu'il suit, comment il la finance.

Analyser le retentissement multidimensionnel de la crise sanitaire

Pour assurer sa mission d'éclairage des politiques publiques, la DREES a réalisé des enquêtes inédites sur la crise sanitaire et son impact. Elle a également aménagé des enquêtes existantes pour y introduire des modules de questions spécifiques.

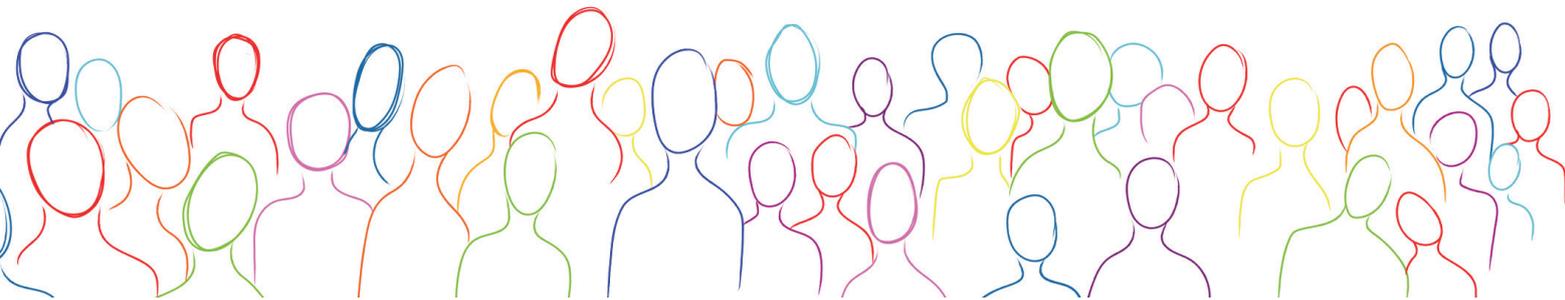
L'**enquête EpiCov (Épidémiologie et Conditions de vie liées à la Covid-19)** a été mise en place par la DREES et l'Inserm, avec l'appui de l'Insee et de Santé publique France. Cette enquête permet d'estimer la prévalence de l'infection à la Covid-19 et vise à analyser l'impact de l'épidémie sur les conditions de vie, à partir d'un échantillon représentatif de 370 000 personnes. Une 1^{ère} vague réalisée avant l'été 2020 et une seconde à l'automne 2020 ont déjà donné lieu à plusieurs publications (voir p. 5).

Le **Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale** s'est adapté à l'épidémie de Covid-19 pour rendre compte de l'effet de la crise sanitaire sur l'activité des médecins généralistes. Des questionnaires courts, collectés par internet, ont ainsi été adressés aux praticiens dès le début avril 2020 et dans les semaines qui ont suivi. D'autres enquêtes flash ont eu lieu en octobre et décembre 2020. Les résultats présentent l'opinion des médecins généralistes à l'égard de cette crise sanitaire et des difficultés rencontrées dans l'exercice de leurs fonctions en raison du contexte induit par l'épidémie (voir p. 4) ; ils ont également permis de documenter l'évolution de leur niveau d'activité et la transformation de sa nature, durant toute cette période.

Le **Baromètre d'opinion de la DREES** collecté au dernier trimestre 2020 a aménagé son questionnaire afin d'établir le lien avec le contexte de la crise sanitaire. Son échantillon a été augmenté d'un tiers pour satisfaire le double objectif de stabilité des questions historiques et d'analyse de l'impact de la crise, sanitaire et sociale, sur la perception par la population des politiques sociales et de santé.

La DREES a réalisé une **enquête flash auprès des établissements et services d'action éducative de l'aide sociale à l'enfance (ASE)** durant la semaine du 30 mars au 5 avril 2020 pour observer, dès le premier confinement, les difficultés et appréhensions rencontrées par les enfants, adolescents et jeunes majeurs protégés, les familles suivies et les professionnels de l'ASE (voir p. 7).

En vue de rendre compte des répercussions de la crise sanitaire sur l'évolution de la pauvreté en France, la DREES publie depuis décembre 2020 un **tableau de suivi mensuel des prestations de solidarité** (minima sociaux, etc.), à partir des données de leurs organismes gestionnaires. Ce tableau de bord sera enrichi, le cas échéant, d'indicateurs conjoncturels complémentaires (voir p. 7).



Premiers résultats

Allocation personnalisée d'autonomie (APA) : près d'un bénéficiaire sur deux n'utilise pas la totalité de l'aide

D'après les remontées individuelles sur l'APA réalisées par la DREES, fin 2017, 93 % des plans d'aide notifiés aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile comprennent de l'aide humaine pour accomplir les actes de la vie quotidienne. Le montant de cette aide s'élève en moyenne à 500 euros par mois. Près d'un bénéficiaire sur deux (47 %) ne consomme pas l'intégralité du montant d'aide humaine qui lui a été notifié. Ces aides représentent 87 % des montants totaux notifiés d'APA à domicile.

】 [Arnault, L., Roy, D. \(2020, juin\). Allocation personnalisée d'autonomie : en 2017, un bénéficiaire sur deux n'utilise pas l'intégralité du montant d'aide humaine notifié. DREES, *Études et Résultats*, 1153.](#)

】 [Latourelle, J., Ricoch, L. \(2020, juin\). Profils, niveaux de ressources et plans d'aide des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile en 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1152.](#)

】 [Arnault, L. \(2020, juin\). Une comparaison des plans d'aide notifiés et consommés des bénéficiaires de l'APA à domicile en 2011. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 59.](#)

Statistique annuelle des établissements de santé (SAE 2019) : le nombre de places en hospitalisation partielle poursuit sa progression

En 2019, 1 352 hôpitaux publics, 671 établissements privés à but non lucratif et 982 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Les capacités d'accueil de ces 3 005 établissements de santé se partagent entre hospitalisation complète (392 000 lits) et partielle (79 000 places). Reflet du développement de l'hospitalisation partielle à l'œuvre depuis plusieurs années, le nombre de lits continue de reculer en 2019 (-0,9%), tandis que le nombre de places reste dynamique (+1,9%).

】 [Boisguérin, B., Delaporte, A., et al. \(2020, septembre\). En 2019, le nombre de places en hospitalisation partielle poursuit sa progression. DREES, *Études et Résultats*, 1164.](#)

Appariement des données sur les IVG avec des données fiscales : les femmes les plus précaires recourent plus souvent à l'IVG que les femmes les plus aisées

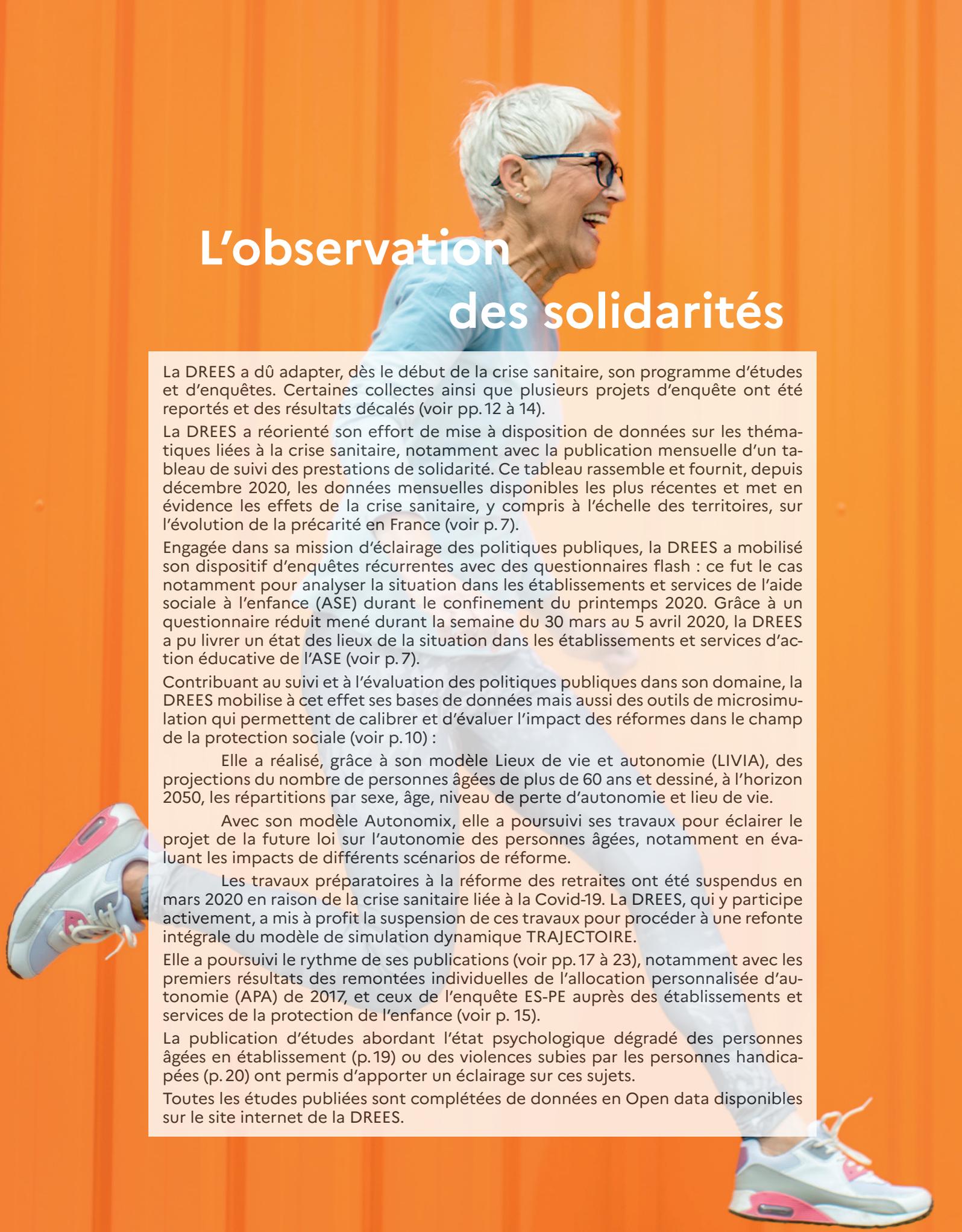
Grâce à l'échantillon démographique permanent apparié aux données de santé (EDP-santé), pour la première fois, il est possible d'établir un lien entre facteurs économiques et interruptions volontaires de grossesses (IVG). Une corrélation nette existe entre le niveau de vie des femmes et leur taux de recours à l'IVG : ainsi les 10 % des femmes ayant les niveaux de vie les plus élevés ont un taux de recours à l'IVG inférieur de 11 points pour 1 000 à celui des 10 % des femmes ayant les niveaux de vie les plus faibles.

】 [Vilain, A., et al. \(2020, septembre\). Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1163.](#)

Enquête ES-PE : 61 000 enfants, adolescents et jeunes majeurs hébergés dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance

Les résultats de l'enquête de la DREES auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (ES-PE) établissent que, fin 2017, un peu plus de 61 000 jeunes sont placés en établissements, soit une hausse de 10 % par rapport à fin 2012. Le taux d'occupation des places est de 95 %. 19 % des jeunes hébergés sont des mineurs non accompagnés (MNA). 11 % des jeunes sont majeurs et 13 % ont une reconnaissance administrative d'un handicap.

】 [Abassi, É. \(2020, mai\). 61 000 enfants, adolescents et jeunes majeurs hébergés fin 2017 dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 55.](#)



L'observation des solidarités

La DREES a dû adapter, dès le début de la crise sanitaire, son programme d'études et d'enquêtes. Certaines collectes ainsi que plusieurs projets d'enquête ont été reportés et des résultats décalés (voir pp.12 à 14).

La DREES a réorienté son effort de mise à disposition de données sur les thématiques liées à la crise sanitaire, notamment avec la publication mensuelle d'un tableau de suivi des prestations de solidarité. Ce tableau rassemble et fournit, depuis décembre 2020, les données mensuelles disponibles les plus récentes et met en évidence les effets de la crise sanitaire, y compris à l'échelle des territoires, sur l'évolution de la précarité en France (voir p.7).

Engagée dans sa mission d'éclairage des politiques publiques, la DREES a mobilisé son dispositif d'enquêtes récurrentes avec des questionnaires flash : ce fut le cas notamment pour analyser la situation dans les établissements et services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) durant le confinement du printemps 2020. Grâce à un questionnaire réduit mené durant la semaine du 30 mars au 5 avril 2020, la DREES a pu livrer un état des lieux de la situation dans les établissements et services d'action éducative de l'ASE (voir p.7).

Contribuant au suivi et à l'évaluation des politiques publiques dans son domaine, la DREES mobilise à cet effet ses bases de données mais aussi des outils de microsimulation qui permettent de calibrer et d'évaluer l'impact des réformes dans le champ de la protection sociale (voir p.10) :

Elle a réalisé, grâce à son modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA), des projections du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans et dessiné, à l'horizon 2050, les répartitions par sexe, âge, niveau de perte d'autonomie et lieu de vie.

Avec son modèle Autonomix, elle a poursuivi ses travaux pour éclairer le projet de la future loi sur l'autonomie des personnes âgées, notamment en évaluant les impacts de différents scénarios de réforme.

Les travaux préparatoires à la réforme des retraites ont été suspendus en mars 2020 en raison de la crise sanitaire liée à la Covid-19. La DREES, qui y participe activement, a mis à profit la suspension de ces travaux pour procéder à une refonte intégrale du modèle de simulation dynamique TRAJECTOIRE.

Elle a poursuivi le rythme de ses publications (voir pp.17 à 23), notamment avec les premiers résultats des remontées individuelles de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de 2017, et ceux de l'enquête ES-PE auprès des établissements et services de la protection de l'enfance (voir p.15).

La publication d'études abordant l'état psychologique dégradé des personnes âgées en établissement (p.19) ou des violences subies par les personnes handicapées (p.20) ont permis d'apporter un éclairage sur ces sujets.

Toutes les études publiées sont complétées de données en Open data disponibles sur le site internet de la DREES.



Enfance, famille, jeunesse

7,3 millions d'adultes habitent chez autrui

Dans un contexte où la part du revenu consacrée aux dépenses de logement s'est accrue, vivre chez autrui à l'âge adulte représente une solution lorsqu'il est difficile voire impossible d'accéder à un logement à soi. Pour analyser cette situation, la DREES a mobilisé l'enquête Logement 2013 de l'Insee, seule enquête permettant de repérer le statut d'occupation de chaque personne majeure d'un logement.

Un adulte sur sept vit chez autrui en métropole, un sur quatre en outre-mer

7,3 millions d'adultes habitent chez autrui : ils ne figurent ni sur l'acte de propriété, ni sur le bail de location. 4,7 millions résident chez leurs parents, et parmi eux un sur cinq est revenu vivre au domicile parental ; les trois quarts n'ont pas les moyens financiers d'accéder à un logement indépendant. Deux millions d'adultes habitent chez leur conjoint et pourraient se trouver en situation de vulnérabilité en cas de rupture conjugale. 160 000 adultes résident chez un de leurs enfants : cela concerne en particulier 3 % des femmes âgées de 75 ans ou plus. Enfin, 270 000 adultes vivent chez un autre membre de leur famille et 70 000 chez un tiers sans lien familial.

En outre-mer, habiter chez autrui à l'âge adulte est plus répandu qu'en métropole : un adulte sur quatre est dans cette situation contre un sur sept en métropole. Ces adultes sont à la fois plus nombreux à n'être jamais partis de chez leurs parents et à vivre chez leur conjoint.

】 **Virost, P.** (2020, juin). *Vivre chez ses parents ou chez une autre personne à l'âge adulte - Profil des adultes ne figurant ni sur le titre de propriété, ni sur le bail de location du logement.* DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 58.

】 **Portela, M., Raynaud, V.** (2020, juillet). *Devenir adulte : comment évoluent les ressources ? Montant et composition des ressources des 18-24 ans à partir de l'enquête nationale sur les ressources des jeunes (ENRJ).* DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 48.

】 **Papuchon, A.** (2020, juillet). *Have Young Adults' Opinions on the Social Role of the State Changed since the 2008 Crisis?* *Économie et Statistique / Economics and Statistics*, 514 515 516, 175-198.

】 **Castell, L., Grobon, S.** (2020, juillet). *Inequality of Resources Among Young Adults: An individualised Approach.* *Économie et Statistique / Economics and Statistics*, 514 515 516, 29-48.

La vie des jeunes adultes dans les territoires ruraux

Selon l'enquête nationale sur les ressources des jeunes (ENRJ) de la DREES et de l'Insee, un quart des jeunes adultes de 18 à 24 ans vivent en territoire rural, soit 1,2 million de jeunes. Parmi eux, 45 % sont des femmes, contre 50 % en milieu urbain. Cette sous-représentation peut s'expliquer par le fait que les jeunes femmes en milieu rural quittent leur territoire d'origine plus souvent que les hommes, au moins de façon temporaire, notamment pour leurs études. En zone rurale, moins de la moitié des 18-24 ans sont en cours d'études. Ils visent des études plus courtes, en majorité au niveau bac+3 - contre bac+5 pour les urbains - et sont plus attirés par des formations en apprentissage. À l'issue de leurs études, les jeunes accèdent aussi souvent à l'emploi dans les deux types de territoire, mais les zones rurales sont marquées par des inégalités de genre que l'on n'observe pas en milieu urbain.

】 **Pinel, L.** (2020, juillet). *Études, emploi, ressources : les jeunes ruraux sont-ils différents des jeunes urbains ?* DREES, *Études et Résultats*, 1155.

】 **Pinel, L.** (2020, juillet). *Conditions de vie des jeunes femmes en zone rurale : des inégalités par rapport aux hommes ruraux et aux urbaines.* DREES, *Études et Résultats*, 1154.

】 **Missègue, N.** (2020, juillet). *Appréhender les territoires ruraux dans les études de la DREES - Construction d'une typologie à partir des zonages d'étude existants.* DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 63.

Les personnes souffrant d'incapacités

quittent le marché du travail plus jeunes

mais liquident leur retraite plus tard

La DREES s'est appuyée sur l'enquête Emploi de l'Insee pour comparer l'âge de départ à la retraite en fonction du niveau d'incapacité des assurés. En 2018, les personnes considérées comme handicapées, car fortement limitées dans les activités de la vie quotidienne, liquident leur retraite à 62,4 ans en moyenne, soit 0,3 an de plus que les personnes sans incapacité.

Après 50 ans, les personnes handicapées passent plus de huit années sans emploi ni retraite

Être limité dans les activités de la vie quotidienne n'empêche pas l'exercice d'un emploi, mais réduit fortement les capacités de travail. En pratique, quel que soit l'âge après 50 ans, moins de 40 % des personnes fortement limitées sont en emploi. En conséquence, elles passent en moyenne 8,5 années sans emploi ni retraite après 50 ans, contre 1,8 an pour les personnes sans incapacité. Cet écart s'est accru depuis 2013, sous l'effet de la réforme des retraites de 2010.

Les personnes handicapées liquident leurs droits de façon un peu plus tardive, en moyenne, car les départs anticipés à la retraite bénéficient davantage aux personnes sans incapacité. En 2018, 42 % de ces dernières sont déjà retraitées dans l'année qui précède l'âge légal minimal de droit commun, contre 19 % des personnes handicapées.

] Arnaud, F. (dir.), Collin, C. (coord.), et al. (2020, juin). *Les retraités et les retraites - Édition 2020*. Paris, France : DREES, Panoramas de la DREES-social.

] Musiedlak, Y. (2020, mai). En 2018, 3,4 % des retraités cumulent emploi et retraite. DREES, *Études et Résultats*, 1146.

] Aubert, P. (2020, février). Les personnes ayant des incapacités quittent le marché du travail plus jeunes mais liquident leur retraite plus tard. DREES, *Études et Résultats*, 1143.

] Cheloudko, P., Martin, H., Tréguier, J. (2020, juillet). Retraite : les dispositifs de solidarité représentent 22 % des pensions versées aux femmes et 12 % pour les hommes. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 49.

Le nombre d'étudiants préparant le diplôme d'accompagnement éducatif et social diminue depuis 2010

L'enquête de la DREES sur les formations aux professions sociales permet de recueillir chaque année des informations sur les formations préparant aux treize diplômes du travail social. Parmi ces derniers, le diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES) se compose d'un socle commun et de trois spécialités : accompagnement de la vie à domicile ; accompagnement de la vie en structure collective ; accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire.

Entre 2010 et 2018, le nombre d'inscrits en première année au DEAES, ou à l'un des deux diplômes qu'il remplace – le diplôme d'État d'aide médico-psychologique (DEAMP) et celui d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) –, passe de 14 100 à 9 700. Cette baisse continue au cours de la période concerne, pour l'essentiel, les étudiants se destinant au travail à domicile, dont les effectifs ont été divisés par quatre, passant de 6 000 à 1 500. Elle est beaucoup plus modérée pour ceux qui se destinent à l'exercice en structure collective (7 600 en 2018 contre 8 100 en 2010). La filière « éducation inclusive » compte 600 étudiants en 2018.

] Yankan, L. (2020, février). Le nombre d'étudiants se destinant à l'accompagnement éducatif et social diminue depuis 2010. DREES, *Études et Résultats*, 1145.

Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé

La question du bien-être des personnes âgées en établissement est un enjeu de politique publique de premier plan. Pour éclairer cette question, la DREES a rassemblé les données de l'enquête CARE-Institutions (Capacités, Aides et REssources des seniors), réalisée en 2015 et 2016.

Une personne âgée sur cinq vivant en établissement déclare souffrir de dépression

L'état psychologique de l'ensemble des résidents d'établissements pour personnes âgées est en moyenne moins bon que celui des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile. Cet écart s'explique en partie par le fait que la dégradation de l'état de santé de ces personnes est la cause majeure de leur entrée en établissement. Parmi les seniors de plus de 75 ans, 56 % des résidents d'établissements déclarent avoir souffert de fatigue, de lassitude ou d'épuisement au cours de l'année, contre 44 % des personnes âgées résidant à domicile.

Les états dépressifs sont également plus répandus que dans le reste de la population du même âge. La moitié des résidents consomment des antidépresseurs, contre une personne âgée de plus de 75 ans sur sept résidant à domicile. Un senior sur cinq vivant en établissement déclare souffrir de dépression. Environ un tiers des résidents en établissement sont en situation de détresse psychologique, contre un quart des plus de 75 ans vivant à domicile.

] Antunez, K. (2020, mai). Les Français souhaitent une prise en charge par l'État de la perte d'autonomie des personnes âgées. DREES, *Études et Résultats*, 1148.

] Abdoul-Carime, S. (2020, janvier). Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé. DREES, *Études et Résultats*, 1141.

] Besnard, X., Abdoul-Carime, S. (2020, décembre). L'entourage des personnes âgées en établissements : relations familiales et sociales, aides reçues - Résultats de l'enquête « CARE-Institutions » (2016). DREES, *Les dossiers de la DREES*, 71.

] Banens, M., Campéon A., et al. (2020, août). Aider un proche âgé à domicile - Résultats des post-enquêtes qualitatives CARE-Ménages. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 64.

] Ramos-Gorand, M. (2020, mars). Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 51.

Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : des taux d'encadrement plus faibles dans le privé que dans le public

Les éditions 2011 et 2015 de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de la DREES permettent d'évaluer le taux d'encadrement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) en mesurant le rapport entre les effectifs de personnels en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places dans l'établissement.

Les Ehpad privés présentent des taux d'encadrement plus faibles que les Ehpad publics. Cette différence peut s'expliquer notamment par un plus faible niveau de dépendance et un meilleur état de santé moyen des résidents. Le taux d'encadrement diminue aussi avec le nombre d'activités sous-traitées, puisque le recours à ces dernières conduit mécaniquement à déclarer moins de personnel. Par ailleurs, les Ehpad avec un faible nombre de places installées (moins de 60) ont un taux d'encadrement en moyenne plus élevé. Enfin, le taux d'encadrement d'un Ehpad diffère selon le pôle urbain dans lequel il s'inscrit. Les établissements situés dans les petits et moyens pôles urbains ont un taux d'encadrement plus faible que ceux situés dans de grands pôles urbains. En revanche, les structures situées dans une commune isolée ont un encadrement en moyenne plus élevé.

] Reynaud, F. (2020, décembre). Le taux d'encadrement dans les Ehpad - Ses déterminants et ses alternatives. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 68.



Afin de mieux connaître la situation des enfants handicapés et de leurs parents, la DREES a utilisé les informations des enquêtes Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) de 2016 et 2017 de l'Insee. Elle a également mobilisé l'enquête Cadre de vie et sécurité (CVS), dite « de victimation », conduite par l'Insee pour mieux appréhender les violences subies par les personnes handicapées.

Parents d'enfant handicapé : davantage de familles monoparentales et des niveaux de vie plus faibles

Pour les parents d'enfant handicapé, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) vise à compenser les dépenses en matière de soins et d'éducation. En 2016 et 2017, 292 000 ménages bénéficient de l'AEEH en France métropolitaine, 4 % d'entre eux ont la charge d'un enfant de moins de 20 ans. Ils sont moins souvent diplômés de l'enseignement supérieur et vivent plus souvent en famille nombreuse. 30 % de ces ménages sont des familles monoparentales (neuf fois sur dix des mères et de leurs enfants), soit 7 points de plus que les autres ménages avec enfant de moins de 20 ans.

Parmi les ménages bénéficiant de l'AEEH il est fréquent qu'au moins l'un des parents ne travaille pas, il s'agit de le plus souvent de la mère. Par ailleurs, quand cette dernière travaille, c'est le plus souvent à temps partiel (42 % contre 31 %).

Les parents d'enfant handicapé ont plus souvent un niveau de vie plus faible (1 567 euros mensuel), soit 272 euros de moins que les autres ménages avec enfant de moins de 20 ans. Les ménages bénéficiaires de l'AEEH vivent sous le seuil de pauvreté dans 24 % des cas, contre 17 % pour les autres ménages avec enfants.

Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales

Entre 2011 et 2018, les personnes handicapées déclarent plus souvent que le reste de la population avoir été victimes de violences physiques, sexuelles et verbales au cours des deux années précédant l'enquête. 7,3 % ont subi des violences physiques ou sexuelles, autant ont été exposées à des menaces, et 15,4 % à des injures. Les femmes sont plus souvent victimes que les hommes.

Les victimes en situation de handicap sont deux fois plus souvent agressées chez elles ou à proximité de leur domicile et connaissent plus fréquemment leur agresseur. Un quart des victimes handicapées se sont déplacées au commissariat ou à la gendarmerie après avoir subi une atteinte contre un cinquième des personnes non porteuses de handicap, et deux tiers d'entre elles ont porté plainte. D'après les données enregistrées par les forces de l'ordre, près de la moitié des personnes en situation de handicap qui portent plainte le font pour des faits de violence physique ou sexuelle.

] Bergeron, T., Dauphin, L. (2020, novembre). L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux fin 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1170.

] Buisson, G., de la Rosa, G. (2020, novembre). Parents d'enfant handicapé : davantage de familles monoparentales, une situation moins favorable sur le marché du travail et des niveaux de vie plus faibles. DREES, *Études et Résultats*, 1169.

] Baradji, É., Filatriau, O. (2020, juillet). Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales. DREES, *Études et Résultats*, 1156.



Minima sociaux et pauvreté

Bénéficiaires de minima sociaux :

un isolement supérieur

à la moyenne de la population

Grâce à l'enquête menée auprès des bénéficiaires de minima sociaux (BMS) en 2018, la DREES analyse la situation et l'environnement de ces derniers, en mettant en évidence un isolement sensiblement supérieur à l'ensemble de la population.

45 % des bénéficiaires de minima sociaux vivent dans un ménage composé d'une personne seule

Les bénéficiaires de minima sociaux sont 45 % à vivre dans un ménage composé d'une personne seule contre 20 % de l'ensemble de la population de 15 ans ou plus. La fréquence de leurs relations avec la famille et les amis est plus faible que celle de l'ensemble de la population, notamment pour les bénéficiaires du minimum vieillesse. Ces derniers sont 8 % à n'avoir des relations (rencontres physiques ou contacts dématérialisés) avec leur entourage que moins d'une fois par mois (ou à ne pas avoir d'entourage), cette part est de 5 % pour l'ensemble des bénéficiaires de minima sociaux et de 1 % pour l'ensemble de la population.

On considère qu'une personne est isolée en matière de qualité des relations avec ses proches si au moins une des conditions suivantes n'est pas vérifiée : elle compte pour quelqu'un, elle peut compter sur quelqu'un pour recevoir un soutien moral, quelqu'un peut compter sur elle pour recevoir un soutien moral. 23 % des bénéficiaires de minima sociaux sont isolés en matière de qualité des relations. C'est notamment le cas de trois bénéficiaires sur dix du minimum vieillesse et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

] Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L. (dir.), et al. (2020, septembre). *Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution - édition 2020*. Paris, France : DREES, Panoramas de la DREES-social.

] Richet-Mastain, L. (2020, décembre). L'isolement social des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 70.

] Calvo, M., Richet-Mastain, L. (2020, juillet). Les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité fin 2018. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 61.

] Cornuet, F., Sicsic, M., Vergier, N., et al. (2020). *Les réformes socio-fiscales de 2019 augmentent fortement le revenu disponible des ménages, surtout pour ceux de niveau de vie intermédiaire et ceux en emploi*. Dans *France, portrait social - édition 2020*. Paris, France : Insee.

Mesure d'accompagnement social personnalisé : un dispositif qui peine à se développer

L'un des volets de l'enquête Aide sociale auprès des conseils départementaux est consacré à la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP). Il fournit des éléments sur le nombre, la nature et les modalités de mise en œuvre des MASP, les motifs de recours, les profils des bénéficiaires et les sorties de ces mesures.

La durée moyenne d'une mesure d'accompagnement est de 17 mois

Fin 2017, 11 300 majeurs bénéficient d'une MASP en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer, hors Mayotte. En baisse légère mais continue depuis 2014, le faible nombre de bénéficiaires ayant eu recours à ce dispositif depuis sa mise en place en 2009 traduit sa difficile montée en charge. Les disparités départementales, liées à son inégale appropriation, sont très marquées. Le recours à une MASP est principalement motivé par une insécurité liée au logement ou à la santé du bénéficiaire. Les bénéficiaires de la MASP sont en majorité des allocataires de minima sociaux, âgés de 30 à 59 ans, vivant seuls. Trois mesures d'accompagnement terminées sur dix sont liées au retour à une gestion autonome de ses ressources par le bénéficiaire.

] Bonnet, E. (2020, août). *Mesure d'accompagnement social personnalisé : un dispositif qui peine à se développer*. DREES, *Études et Résultats*, 1158.

] Diallo, C.-T., Leroux, I. (dir.), et al. (2020, octobre). *L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - édition 2020*. Paris, France : DREES, Panoramas de la DREES-social.

Pour la troisième année consécutive, le solde de la protection sociale continue de s'améliorer

La protection sociale couvre, dans un cadre de solidarité nationale, les risques sociaux auxquels les ménages sont exposés. La DREES publie chaque année les comptes de la protection sociale (CPS) qui décrivent les prestations versées ainsi que les opérations qui contribuent à leur financement. Ces comptes agrègent les interventions des administrations publiques et certaines interventions de la sphère privée.

Les dépenses de prestations sociales s'élèvent à 762,8 milliards d'euros en 2019

En 2019, le solde de la protection sociale continue de s'améliorer. Il est excédentaire pour la troisième année consécutive, à +10,7 milliards d'euros. Les ressources comme les dépenses progressent nettement en 2019, respectivement de 2,9 % et 2,7 %.

Le montant des ressources s'établit à 823,2 milliards d'euros. Leur structure se modifie : la part des impôts et taxes affectés passe de 24 % en 2017 à 30 % en 2019, tandis que celle des cotisations diminue de 61 % à 55 %. Cette situation résulte du transfert entre cotisations sociales et contribution sociale généralisée (CSG) opéré en 2018 suivi, en 2019, de la hausse de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée au financement de la protection sociale, concomitante à la poursuite des allègements de cotisations sociales.

Les dépenses s'élèvent à 812,5 milliards d'euros, dont 762,8 milliards de prestations sociales. Celles liées à la santé et aux retraites représentent 80 % du total et restent dynamiques. Les dépenses de lutte contre la pauvreté bondissent en 2019 sous l'effet de la forte revalorisation de la prime d'activité décidée dans le cadre des mesures d'urgence économiques et sociales.

】 **Gonzalez, L., Héam, J.-C. (dir.), et al. (2020, juin).** *La protection sociale en France et en Europe en 2018 - Résultats des comptes de la protection sociale - édition 2020.* Paris, France : DREES, Panoramas de la DREES-social.

】 **Bureau de l'analyse des comptes sociaux (2020, décembre).** *Compte provisoire de la protection sociale 2019 : un solde excédentaire pour la troisième année consécutive.* DREES, *Études et Résultats*, 1174.

Les situations d'insécurité financière touchent particulièrement les ouvriers et employés

Depuis 2018, le Baromètre d'opinion de la DREES a enrichi son questionnaire afin de mieux saisir le sentiment d'insécurité financière et de vulnérabilité sociale. Cette approche permet d'appréhender certaines dimensions des inégalités sociales contemporaines et de discerner l'évolution des risques auxquels les enquêtés estiment être confrontés.

Sur plus de 3 000 personnes interrogées fin 2018, une personne sur quatre a souvent du mal à boucler ses fins de mois et aurait beaucoup de difficultés à faire face à une dépense imprévue de 500 euros. La moitié de ces personnes ont un emploi. Quatre personnes sur dix se considèrent pauvres ou craignent de le devenir dans les cinq prochaines années. C'est le cas en particulier de cinq ouvriers et employés sur dix. Un tiers des ouvriers et employés affirmait avoir souvent des difficultés pour boucler leurs fins de mois et un quart s'estime pauvre, contre moins d'une personne sur dix parmi les cadres et professions intermédiaires.

】 **Papuchon, A. (2020, mai).** *En 2018, une personne sur quatre a souvent du mal à boucler ses fins de mois.* DREES, *Études et Résultats*, 1149.

】 **Lardeux, R., Pirus, C. (2020, octobre).** *Le pouvoir d'achat, la pauvreté et les inégalités de revenus préoccupent toujours aussi fortement les Français - Synthèse des résultats du Baromètre d'opinion de la DREES 2019.* DREES, *Les dossiers de la DREES*, 60.

】 **Duvoux, N., Papuchon, A. (2020, avril/juin).** *L'insécurité sociale comme condition et comme approche : éléments de réponse à Lilian Lahieyte et Serge Paugam.* *Revue française de sociologie*. 61/2, pp. 293-304.

Éclairer la politique familiale grâce au compte de l'enfance

La politique familiale vise à contribuer à la compensation financière des charges de famille, aider les familles vulnérables, favoriser la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. Le compte de l'enfance, publié par la DREES, présente un panorama de l'ensemble des dépenses liées aux enfants au titre de la politique familiale et leur évolution sur cinq ans, entre 2012 et 2017.

De 3 700 euros à 5 000 euros de dépenses sociales et fiscales par an et par enfant de moins de 21 ans

En 2017, les dépenses sociales et fiscales liées aux enfants sont évaluées entre 63 et 107 milliards d'euros, soit entre 2,7 % et 4,7 % du PIB. Elles représentent entre 3 700 euros et 5 000 euros par an et par enfant de moins de 21 ans, selon le périmètre retenu : le « cœur » ou l'ensemble des prestations dédiées à l'enfant (allocations familiales, prestation d'accueil du jeune enfant, etc.) et le périmètre « étendu », incluant d'autres dispositifs sociaux-fiscaux ayant une composante familiale (quotient familial pour le calcul de l'impôt sur le revenu, droits familiaux de retraite, etc.).

Globalement stables en volume entre 2012 et 2017, les dépenses sociales et fiscales liées aux enfants recouvrent des évolutions contrastées. Le « cœur » des dépenses a ainsi connu un fort ralentissement en 2014 et en 2015, suivi d'une stabilité en 2016 et d'une légère accélération en 2017. Ce ralentissement s'explique notamment par les réformes de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) et des allocations familiales, qui se traduisent par un ciblage accru. Sans augmentation globale des dépenses, les politiques familiales au cours de la période et le plan de lutte contre la pauvreté de 2013 ont recentré les aides vers les familles les plus modestes.

] Pilorge, C., Glotain, M., Omalek, L. (2020, juillet). Au titre de la politique familiale, les dépenses sociales et fiscales liées aux enfants atteignent 4,7 % du PIB en 2017 - Compte de l'enfance. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 50.

En France, les dépenses sociales et fiscales liées aux enfants atteignent 4,7 % du PIB en 2017.

Mesurer et réduire le non-recours aux prestations sociales pour lutter contre l'exclusion et la pauvreté, un objet de préoccupation des associations, des chercheurs et des acteurs publics

Selon l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), « la question du non-recours renvoie à toute personne qui ne reçoit pas – quelle qu'en soit la raison – une prestation ou un service auquel elle pourrait prétendre » : un minimum social, une pension de retraite ou encore l'accès aux soins. Afin de comprendre tous les enjeux, la DREES présente un panorama des éléments statistiques disponibles sur le champ d'action du ministère des Solidarités et de la Santé.

D'après le Baromètre d'opinion de la DREES, les trois quarts des Français considèrent qu'il existe du non-recours aux droits et allocations, notamment par manque d'information. Du fait de la complexité de la mesure, cependant, peu de statistiques représentatives sur le non-recours existent en France. La DREES a entrepris un chantier méthodologique d'ampleur visant à exploiter le potentiel de la microsimulation pour améliorer la mesure du non-recours à certaines prestations comme le RSA et la prime d'activité. La DREES présente également dans ce panorama les résultats de l'évaluation de l'expérimentation du rendez-vous des droits « élargi » mené par les CAF auprès de demandeurs d'emploi en début ou fin de droits avec des ressources faibles.

] Antunez, K., Castell, L., et al. (2020, juillet). Les rendez-vous des droits des Caf : quels effets sur le non-recours ? Enseignements de l'expérimentation des « rendez-vous des droits élargis ». DREES, *Les dossiers de la DREES*, 47.

] Gonzalez, L., Nauze-Fichet, E. (coord.), et al. (2020, octobre). Le non-recours aux prestations sociales - Mise en perspective et données disponibles. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 57.

L'observation de la santé

Dès le début de l'épidémie de Covid-19, la DREES est venue en renfort au Centre de crise sanitaire du ministère des Solidarités et de la Santé. Les agents se sont impliqués dans un nombre important d'opérations et de production de statistiques visant, d'une part, à collecter de l'information indispensable à la gestion opérationnelle, et d'autre part, à documenter la crise en temps réel. Ils ont fait preuve d'une grande réactivité et d'une forte capacité d'adaptation aux nouvelles sources de données (voir pp. 8-9). L'équipe déployée par la DREES au service de la crise sanitaire a réuni plus de 15 personnes sur les 50 que compte la sous-direction Observation de la santé et de l'Assurance maladie.

Dès le mois de mars 2020, la DREES a adapté certaines de ses enquêtes récurrentes pour documenter les effets de la crise. Le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale a permis, grâce à un questionnaire adapté, d'interroger les médecins généralistes sur leurs perceptions et opinions à l'égard de l'épidémie, sur leurs pratiques, leur niveau d'activité et les motifs de consultation de leurs patients. Au dernier trimestre 2020, deux autres éditions du Panel ont prolongé ce questionnaire, notamment avec un focus sur la vaccination (voir p. 4).

La DREES a conçu avec l'Inserm et le soutien de l'Insee et de Santé publique France, le dispositif d'enquêtes EpiCov, dont le premier volet collecté en mai 2020 a permis d'apporter, dès octobre, des informations sur la diffusion du virus dans la population, les effets de l'épidémie sur le quotidien et la santé des individus (voir p. 5).

À des fins de suivi de l'épidémie et de son impact, la DREES a exploité les systèmes d'information mis en place dans ce contexte (suivi des hospitalisations, suivi des tests de dépistage, puis suivi de la vaccination, entre autres). Depuis octobre 2020, à un rythme hebdomadaire, elle publie des datavisualisations sur le nombre de tests de dépistage réalisés et leurs délais de rendu (voir p. 6).

Malgré ces investissements importants autour de la crise sanitaire, la DREES a pu mener de front des opérations statistiques programmées, notamment avec la collecte de l'enquête sur les principaux contrats souscrits auprès des organismes complémentaires en santé (enquête OC) grâce à un nouveau protocole de collecte destiné à en améliorer la représentativité, ainsi que la collecte de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), à laquelle un bordereau Covid a été ajouté.

La DREES a dû ainsi réorganiser une grande partie de son programme de travail tout en assurant la publication d'un grand nombre de ses travaux (voir pp.25 à 31), en particulier avec la parution, en juin 2020, des Comptes de la santé 2019 et du 4^e rapport de l'Observatoire national du suicide. Elle a également lancé un programme de recherche sur la santé mentale des personnes en lien avec leur situation professionnelle.

Durant cette année très riche la DREES a finalisé la construction de la base sur les restes à charge après assurance maladie obligatoire et a poursuivi la refonte de son dispositif de microsimulation Omar-Ines, deux outils qui permettent de décrire les restes à charge des individus selon leurs caractéristiques socio-démographiques et d'observer la structure de financement des dépenses de santé (voir p. 11). Elle a publié plusieurs études, notamment sur les restes à charge après assurance maladie obligatoire visant à mieux appréhender les besoins en couverture complémentaire santé.

Les motifs de recours hospitalier en court séjour en 2018 et leurs évolutions récentes

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet à la DREES d'effectuer une description de l'activité de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés et de chaque séjour réalisé.

En France, 12 millions de personnes ont été hospitalisées en 2018

En 2018, 12 millions de personnes résidant en France ou dans les départements d'outre-mer ont été hospitalisées au moins une fois dans une unité de soins de courte durée de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), soit un peu plus d'une personne sur six. Le nombre annuel de séjours par personne hospitalisée est de 1,5 en moyenne, ce qui représente 18 millions d'hospitalisations.

Les motifs de recours hospitalier varient selon l'âge et le sexe

Le taux de recours, élevé avant l'âge de 1 an, est faible entre 1 et 18 ans. Il augmente ensuite progressivement avec l'âge, avec un pic féminin aux âges de la maternité, et atteint 500 pour 1 000 habitants à partir de 70 ans pour les hommes et de 75 ans pour les femmes.

Avant 15 ans les maladies de l'appareil respiratoire sont le motif de recours le plus fréquent

Selon la classification internationale des maladies, les motifs de recours les plus fréquents, tous âges confondus, sont : les maladies de l'appareil digestif (intégrant l'odontologie), les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire. Cette hiérarchie des motifs de recours évolue toutefois avec l'âge : avant 15 ans, ce sont les maladies de l'appareil respiratoire qui prédominent, puis entre 15 et 44 ans, les recours liés à la fécondité, alors qu'entre 45 et 64 ans, ce sont les maladies de l'appareil digestif. Entre 65 et 84 ans, les motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont les tumeurs et, à partir de 85 ans, l'appareil circulatoire.

Entre 2010 et 2018, les hospitalisations en court séjour ont augmenté, mais le nombre d'équivalents-journées a diminué

Entre 2010 et 2018, le nombre de patients hospitalisés en court séjour a augmenté de 8 % et le nombre de séjours hospitaliers de 10 %. Les taux standardisés sur l'âge, qui prennent en compte l'augmentation et le vieillissement de la population, ont respectivement augmenté de 1,6 % et de 2,5 %.

] **Toutlemonde, F. (dir.), Boisguérin, B. (coord.), et al.** (2020, juillet). *Les établissements de santé - édition 2020*. Paris, France : DREES, Panoramas de la DREES-santé.

] **de Peretti, C.** (2020, décembre). Les motifs de recours hospitalier en court séjour en 2018 et leurs évolutions récentes. DREES, *Études et Résultats*, 1168.

] **Ricroch, L., Seimandi, T.** (2020, août). 9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville. DREES, *Études et Résultats*, 1157.

] **Charnoz, P., Delaporte, A., et al.** (2020, décembre). Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans - Méthodologie de construction d'agrégats nationaux. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 69.



État de santé et recours aux soins

L'espérance de vie

sans incapacité à 65 ans

est de 11,5 ans pour les femmes et

de 10,4 ans pour les hommes

Pour mesurer l'espérance de vie, la DREES mobilise deux indicateurs. Le premier « espérance de vie à la naissance » est l'un des indicateurs de santé les plus fréquemment mobilisés pour connaître l'état de santé d'une population. Il est complété par l'indicateur « espérance de vie sans incapacité » qui mesure le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne.

Après la vie active, mieux estimer les limitations dans les gestes de la vie quotidienne

En France, l'espérance de vie à l'âge du départ à la retraite s'allonge régulièrement. Ces années après la vie active sont-elles vécues « en bonne santé » ? L'indicateur de l'espérance de vie sans incapacité permet de mieux décrire ces années de vie additionnelles après la vie active et la survenue éventuelle de limitations. Cet indicateur « espérance de vie sans incapacité » est plus qualitatif, car il prend en compte les réponses d'un échantillon de personnes à la question « Êtes-vous limité depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? ». Ainsi, les personnes interrogées indiquent s'il s'agit de limitations fortes ou non, ce qui permet également de calculer un indicateur d'espérance de vie sans incapacité sévère. L'espérance de vie sans incapacité permet de se concentrer sur les années vécues après 65 ans, dans la majeure partie des cas, après la vie active.

L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est en France supérieure à la moyenne européenne

En 2019, une femme de 65 ans peut espérer vivre 11,5 ans sans incapacité et 18,5 ans sans incapacité sévère ; un homme, 10,4 ans sans incapacité et 15,7 ans sans incapacité sévère. Depuis 2008, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans a augmenté de 1 an et 6 mois pour les femmes et de 1 an et 8 mois pour les hommes. En France, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est supérieure de 5 mois à la moyenne européenne pour les hommes et de 1 an et quatre mois pour les femmes.

L'espérance de vie sans incapacité à la naissance, qui tient compte de la survenue éventuelle d'incapacités tout au long de la vie a, elle, stagné entre 2008 et 2019 pour les femmes ; elle s'établit à 64,6 ans. Pour les hommes, elle a augmenté de 1 an au cours de la même période pour s'établir à 63,7 ans.

] **Deroyon, T.** (2020, décembre). En 2019, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 11,5 ans pour les femmes et de 10,4 ans pour les hommes. DREES, *Études et Résultats*, 1173.

] **Dubost, C.-L., Leduc, A.** (2020, septembre). L'EDP-Santé : un appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au Système national des données de santé. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 66.

] **Vilain, A.** (2020, octobre). Le troisième certificat de santé de l'enfant - Certificat au 24^e mois (CS24) - 2017. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 54.

] **Vilain, A.** (2020, octobre). Le deuxième certificat de santé de l'enfant - Certificat au 9^e mois (CS9) - 2017. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 53.

] **Vilain, A.** (2020, octobre). Le premier certificat de santé de l'enfant - Certificat au 8^e jour (CS8) - 2017. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 52.



État de santé et recours aux soins

Programme de recherche sur la santé mentale :

les expériences du travail, du chômage et de la précarité

Parallèlement à la parution, en juin 2020, du 4^e rapport de l'Observatoire national du suicide « Suicide : Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information », et à la suite de programmes de recherche antérieurs, la Mission Recherche (MiRe) a souhaité renouveler le financement de travaux en sciences humaines et sociales sur la santé mentale liés à la situation professionnelle des personnes. Dix projets de recherches ont ainsi été lancés au printemps 2020, avec le soutien de la DREES, de la Dares (disposant d'enquêtes décrivant l'organisation du travail et l'état de santé des personnes), du Conseil d'orientation des conditions de travail et du ministère de l'Agriculture. Ces projets rapprochent des chercheurs en économie, psychologie, sociologie et droit, ainsi que des cliniciens. La combinaison de leurs approches vise à fournir des connaissances nouvelles.

Mieux comprendre les mécanismes qui produisent des situations de souffrance au travail

Les travaux financés portent sur des sous-populations peu étudiées jusque-là dans des projets de recherche, mais dont la souffrance au travail est médiatisée (soignants en psychiatrie, médecins généralistes, livreurs à vélo, agriculteurs). Ils s'intéressent également à de nouvelles formes d'organisation du travail (« entreprises libérées », plateformes numériques) et à des questionnements variés (les mécanismes des effets psychiques du chômage et de la précarité, la place de la santé mentale dans l'action syndicale ou encore les différences générées de la souffrance au travail). Ils s'appuient sur des méthodologies qualitatives, à travers les récits de travailleurs ou de chômeurs concernant leur vécu, mais aussi quantitatives, via la mise en place de questionnaires inédits ou l'exploitation d'enquêtes statistiques existantes, riches en informations sur les conditions de travail et la santé physique et mentale telles que la cohorte Constances ou les enquêtes Conditions de travail et risques psychosociaux de la Dares.

Ce collectif de recherches conforte un des résultats des travaux de l'Observatoire national du suicide à savoir que la souffrance psychique des chômeurs et des travailleurs – en situation de précarité ou non – ne résulte pas d'une fragilité individuelle des personnes mais bien d'un problème collectif, lié à des conditions de travail délétères, des mutations du rapport au travail et des contraintes organisationnelles renouvelées pouvant nuire à leur bien-être. Ce programme de recherches aboutira dans le courant de l'année 2022 et sera valorisé par la publication d'un numéro dédié de la *Revue française des affaires Sociales*.

] Ulrich, V., Carrière, M., Desprat, D. (coord.), et al. (2020, juin). *Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information*. Observatoire national du suicide - 4^e rapport.

] Carrasco, V., Guignon, N. (2020, septembre). La santé mentale des adolescents de 3^e en 2017 - Apport d'un auto-questionnaire dans l'enquête nationale de santé scolaire. DREES, *Les dossiers de la DREES*, 65.

] Coldefy M., Gandré C. (dir.), Carrasco, V., et al. (2020). *Atlas de la santé mentale en France*. Paris, France : Irdes.

] Vuagnat A. (2020, janvier). Les conduites suicidaires en France : toujours un problème de santé publique. *La revue du praticien*, tome 70.

] Cohorte Constances

] Enquêtes de la Dares : Conditions de travail et risques psychosociaux



Professionnels de santé

Professionnels de la rééducation :

une insertion rapide sur le marché du travail

Pour connaître le parcours et les évolutions des professionnels ayant suivi une formation aux métiers de la rééducation, la DREES mobilise plusieurs sources, notamment l'enquête Génération du Centre d'études et de recherches sur les qualifications (Cereq), qui permet de connaître le parcours professionnel des primo-sortants du système scolaire en France, et l'enquête Écoles qui recueille, auprès des établissements de formation aux professions de santé, des informations sur les effectifs et les caractéristiques des étudiants en formation.

Le nombre de diplômés a progressé de 75 % depuis le milieu des années 2000

En 2019, 121 000 professionnels de la rééducation de niveau bac+3 ou plus (masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute et orthoptiste) exercent en France. Ils n'étaient que 68 000 en 2000. Ces hausses d'effectifs sont corrélées à une forte augmentation du nombre annuel de diplômés, passés de 2 500 en 2007 à 4 400 en 2017, soit une croissance moyenne de près de 6 % par an au cours de la période. Issus de catégories sociales plus favorisées que la moyenne, deux diplômés sur trois sont des femmes.

Leur insertion sur le marché du travail est très rapide : 93 % des diplômés en 2013 ont trouvé leur premier emploi en moins de trois mois. En 2013, Dès l'obtention de leur diplôme, 78 % des masseurs-kinésithérapeutes et 85 % des pédicures-podologues se sont installés en libéral. 62 % des ergothérapeutes et 41 % des orthoptistes ont commencé leur carrière par un emploi temporaire (CDD ou intérim), tremplin vers une activité pérenne.

Fin 2018, près de 2 600 demandeurs d'emploi de catégories A, B et C sont inscrits à Pôle emploi à la recherche d'un poste dans un métier de la rééducation de niveau bac+3 ou plus. La part des demandeurs d'emploi (2,1%) au sein des professions concernées demeure à un très faible niveau, malgré la forte augmentation du nombre de professionnels en activité.

] Dixte, C., Lafféter, Q., et al. (2020, septembre). En 2018, dans la fonction publique hospitalière, le salaire net moyen diminue de 1,0 % en euros constants. DREES, *Études et Résultats*, 1165.

] Croguennec, Y. (2020, septembre). Métiers de la rééducation de niveau bac+3 ou plus : davantage de diplômés et une bonne insertion professionnelle. DREES, *Études et Résultats*, 1159.

Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent avec l'augmentation de la concurrence

L'Assurance maladie fixe les tarifs des actes pratiqués par les médecins libéraux conventionnés en secteur 1, alors que les médecins exerçant en secteur 2 ont la possibilité d'appliquer un dépassement d'honoraires.

Entre 2011 et 2014, une majorité des nouveaux spécialistes libéraux (gynécologues, ophtalmologues et pédiatres) s'installent en secteur 2. En secteur 1, le volume de soins fournis ne dépend que des caractéristiques individuelles du praticien (situation familiale ou revenus non professionnels), alors que des mécanismes de concurrence opèrent en secteur 2.

Les dépassements d'honoraires des praticiens spécialisés de secteur 2 diminuent face à l'arrivée de nouveaux concurrents. Ils compensent la baisse du nombre des consultations par une augmentation du nombre d'actes techniques pratiqués. Enfin, si en secteur 1, l'activité des médecins ne dépend pas du niveau de vie de la population locale, celui-ci joue fortement sur l'offre de soins et le tarif fixé des spécialistes de secteur 2.

] Pla, A., Choné, P., et al. (2020, janvier). Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît. DREES, *Études et Résultats*, 1137.

Territoires sous-denses : difficultés et adaptation des médecins généralistes

Le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale permet à la DREES de mieux connaître les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes et de les comparer selon qu'ils ont ou pas beaucoup de confrères qui exercent dans le même territoire qu'eux.

Plus de trois généralistes sur quatre ont du mal à adresser leurs patients à des spécialistes

En 2019, sept médecins généralistes sur dix estiment que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice est insuffisante, et près de quatre sur cinq s'attendent à une baisse de cette offre dans les années à venir. Ils sont par ailleurs huit sur dix à déclarer des difficultés pour répondre aux sollicitations des patients. Nombreux sont ceux qui déclarent allonger leurs journées de travail ou refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant, sans que cela soit toujours lié au fait d'exercer en zone sous-dense. De plus, trois généralistes sur quatre ont également des difficultés à trouver des confrères spécialistes pour assurer la prise en charge de leurs patients. Ces difficultés sont principalement liées aux délais d'obtention d'un rendez-vous, en particulier chez les ophtalmologues, les dermatologues et les psychiatres. Avec l'évolution de l'offre de soins environnante, trois médecins généralistes sur dix déclarent se « spécialiser », notamment en gynécologie, en pédiatrie ou en gériatrie.

] Silhol, J., Legendre, B., et al. (2020, mai). Pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaire. DREES, *Études et Résultats*, 1147.

] Legendre, B. (2020, février). En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population. DREES, *Études et Résultats*, 1144.

] Chaput, H., Monziols, M., et al. (2020, janvier). Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. DREES, *Études et Résultats*, 1140.

] Chaput, H., Monziols, M., et al. (2020, janvier). Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. DREES, *Études et Résultats*, 1138.

L'utilisation des outils numériques est plus courante dans les structures de groupe

D'après le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, près de 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans, contre 48 % seulement des 60 ans ou plus, utilisent quotidiennement les trois outils socles de la e-santé : le dossier patient informatisé, le logiciel d'aide à la prescription et la messagerie sécurisée de santé.

L'âge et le fait d'exercer avec d'autres confrères s'avèrent deux facteurs déterminants pour l'utilisation des outils numériques socles en médecine générale.

Si le dossier patient informatisé est couramment utilisé, un médecin sur cinq seulement structure les motifs de consultations avec un codage particulier. Les médecins les plus jeunes codent le contenu de leurs consultations plus souvent que leurs confrères plus âgés. Les échanges entre professionnels sont, dans la très grande majorité des cas, sécurisés. En revanche, la sécurisation des données des patients reste à améliorer : un quart des médecins généralistes seulement hébergent les données de santé issues de leurs dossiers informatisés sur des plateformes agréées.

] Chaput, H., Monziols, M., et al. (2020, janvier). E-santé : les principaux outils numériques sont utilisés par 80 % des médecins généralistes de moins de 50 ans. DREES, *Études et Résultats*, 1139.



Dépenses de santé

Le reste à charge

des assurés en affection de longue durée

comparable à celui des autres patients

Pour la première fois, la DREES présente une décomposition du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO). La quantification du RAC AMO permet ainsi d'appréhender les besoins en couverture complémentaire des assurés, notamment celui des assurés couverts par le dispositif des affections de longue durée (ALD). Ce dispositif vise, en effet, à réduire le reste à charge pour les patients atteints d'une maladie chronique nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Les assurés en ALD bénéficient d'une limitation ou suppression de leur participation financière pour les soins liés à l'affection considérée, dans la limite d'un périmètre remboursable. La décomposition permet ainsi de distinguer pour les assurés en ALD la part du RAC AMO liée à une ALD et de celle sans lien avec une ALD.

12 millions d'assurés ont une affection de longue durée en France

En 2017, la dépense de santé des assurés bénéficiant du dispositif d'affection de longue durée (ALD) s'élève à 8 900 euros en moyenne, soit presque sept fois plus que pour le reste des patients. En France 12 millions d'assurés ont une ALD, soit 18 % de la population des patients, dont 10,7 millions de personnes au régime général. Les assurés en ALD bénéficient d'une meilleure prise en charge de leurs dépenses de santé remboursables : elle s'élève à 91 % contre 67 % pour le reste des assurés. Les assurés en ALD concentrent à eux seuls près de 60 % des dépenses de santé présentées au remboursement.

90 % de la dépense des assurés en ALD est prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

Le dispositif ALD permet une redistribution horizontale envers les plus malades : plus de 90 % de la dépense des assurés en ALD est prise en charge par l'AMO, contre 67 % pour le reste des assurés. Chez les patients âgés, le montant du reste à charge moyen après AMO des assurés en ALD est comparable à celui des autres patients. Or plus de la moitié des assurés en ALD ont plus de 65 ans et ont donc davantage de dépenses de santé, qu'elles soient relatives à leur(s) affection(s) ou non.

Près de 80 % du reste à charge des patients en ALD n'est pas lié à leur(s) affection(s)

De fait, les assurés en ALD ont aussi des prestations sans lien avec leur(s) affection(s). Ces dernières ne correspondent qu'à hauteur de 30 % à leurs dépenses de santé, mais elles représentent presque 80 % de leur reste à charge après assurance maladie obligatoire (RAC AMO). Elles se composent notamment de dépenses en soins dentaires, d'optique et d'aides auditives.

Malgré le dispositif ALD, pour près de 1 % de ses bénéficiaires, les RAC AMO sont encore supérieurs à 4 900 euros annuels et composés en moyenne à 70 % de dépenses sans lien avec leur(s) affection(s).

] **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021, février). Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures. DREES, *Études et Résultats*, 1180.

] **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2020, décembre). Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels. DREES, *Études et Résultats*, 1171.

] **Fouquet, M.** (2020, octobre). Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. DREES, *Études et Résultats*, 1166.

] **Loiseau, R.** (2020, février). Aide au paiement d'une complémentaire santé : un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1142.

] **Adjerad, R.** (2020, décembre). Rapport 2020 - La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. DREES, Rapport.

La France consacre 8,6 % de son PIB

aux dépenses de santé

Les comptes de la santé retracent les dépenses et analysent de façon détaillée la consommation effective de soins de santé en France et les financements correspondants, qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages. Chaque année, la DREES présente ses principaux enseignements lors de la Commission des comptes de la santé dont les travaux s'inscrivent dans le cycle préparatoire du projet de loi de financement de la Sécurité sociale discuté par le Parlement à l'automne.

La consommation de soins et de biens médicaux accélère sous l'effet des soins hospitaliers

En France, les dépenses de santé accélèrent légèrement en 2019 (+2,1 % après +1,6 % en 2018 et +1,7 % en 2017). Ce regain de dynamisme s'explique principalement par l'évolution des soins hospitaliers (+2,4 %, après +1,1 % en 2018 et +1,6 % en 2017). Au total, la dépense de santé, mesurée à travers la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), s'élève à 208,0 milliards d'euros en 2019 (8,6 % du PIB), soit 3 102 euros par habitant. Ce montant comprend les dépenses de soins hospitaliers (97,1 milliards d'euros), les soins de ville (56,5 milliards d'euros), les médicaments délivrés en ville (32,6 milliards d'euros), les autres biens médicaux (16,8 milliards d'euros) et les transports sanitaires (5,1 milliards d'euros).

La consommation de soins et de biens médicaux s'élève à 3 102 euros par habitant

La participation des ménages diminue une nouvelle fois en 2019 pour atteindre 6,9 % de la CSBM

La Sécurité sociale finance 78,2 % de la CSBM et les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) 13,4 %. La participation des ménages au financement de la CSBM continue de diminuer pour atteindre 6,9 % en 2019, après 7,1 % en 2018. Cette baisse s'explique par un net accroissement de la part de médicaments remboursables et par le ralentissement des dépassements d'honoraires, associés à la hausse tendancielle des dispositifs de prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

L'Allemagne et la France consacrent à la santé les parts de PIB les plus élevées de l'Union européenne

En 2018, sur un champ plus large, étendu aux soins de longue durée (SLD), à la gouvernance du système de soins et à la prévention institutionnelle, la France est le deuxième pays de l'Union européenne, après l'Allemagne, où les dépenses de santé au sens international sont les plus élevées, elle consacre au total 11,3 % de sa richesse nationale à la santé, soit 1,4 point de plus que la moyenne de l'Union européenne. La France est le pays de l'OCDE où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement après intervention de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé.

] **Marc, C., Héam, J.-C.** (dir.), *et al.* (2020, octobre). *Les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé - édition 2020*. Paris, France : DREES, Panoramas de la DREES-santé.

La Revue française des affaires sociales :

2020, une année tournée vers les professionnels

En 2020, la RFAS a poursuivi ses activités avec la publication de quatre dossiers, et l'organisation de séminaires de recherche, s'adaptant aux difficultés induites par la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19.

Éclairer l'action publique grâce à des publications scientifiques inédites

La Revue française des affaires sociales a couvert, avec la publication de ses quatre numéros annuels, des thématiques ancrées dans les préoccupations actuelles des usagers et des professionnels de santé et du social, au cœur d'importants enjeux de politiques publiques : « Les réformes de l'organisation des soins primaires » ; « Le travail social entre pouvoir discrétionnaire et pouvoir d'agir » ; « Ce que les politiques publiques font au(x) corps » ; « Recherche, expertise et comparaisons internationales dans les politiques sociales et de santé ».

Proposer des séminaires aux thématiques originales

La revue a organisé plusieurs séminaires de recherche dont certains au format hybride, à la fois sur place et à distance. Le premier, en mars, avait pour thème les comparaisons internationales et le rôle de l'expertise dans les politiques sociales en vue de préparer le dossier du numéro d'octobre-décembre 2020. Le second, en septembre, a réuni des universitaires et des représentants de plusieurs services du ministère des Solidarités et de la Santé autour du travail social, thème du numéro d'avril-juin 2020. Enfin, un séminaire de réflexion sur le « virage ambulatoire » s'est articulé en deux séances en septembre et octobre afin de préparer l'appel à contribution du dossier du numéro d'octobre-décembre 2021 sur les réformes à l'hôpital. La RFAS a également valorisé des dossiers dans des événements extérieurs organisés en février 2020. Son numéro d'octobre-décembre 2019 traitant des parentalités bousculées a été présenté lors des journées d'étude « La Fabrique des parents » organisées par l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS) et son numéro de janvier-mars 2019 sur les aidants non professionnels a fait l'objet d'une communication dans un séminaire réunissant des élèves de l'Institut national des études territoriales, de l'École nationale d'administration (ENA) et de l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

Renforcer l'exigence scientifique dans la sélection des articles

La déontologie et les exigences en matière de sélection des articles scientifiques ont par ailleurs été renforcées avec la création de formulaires d'engagement soumis aux membres du comité de lecture, aux coordonnateurs de dossiers et aux auteurs afin d'assurer le caractère original des publications et d'éviter tout conflit d'intérêt.

] Hassenteufel, P., Naiditch, M., Schweyer, F.-X. (coord.) (2020, janvier-mars). Les réformes de l'organisation des soins primaires. La Documentation française, *Revue française des affaires sociales*. 1.

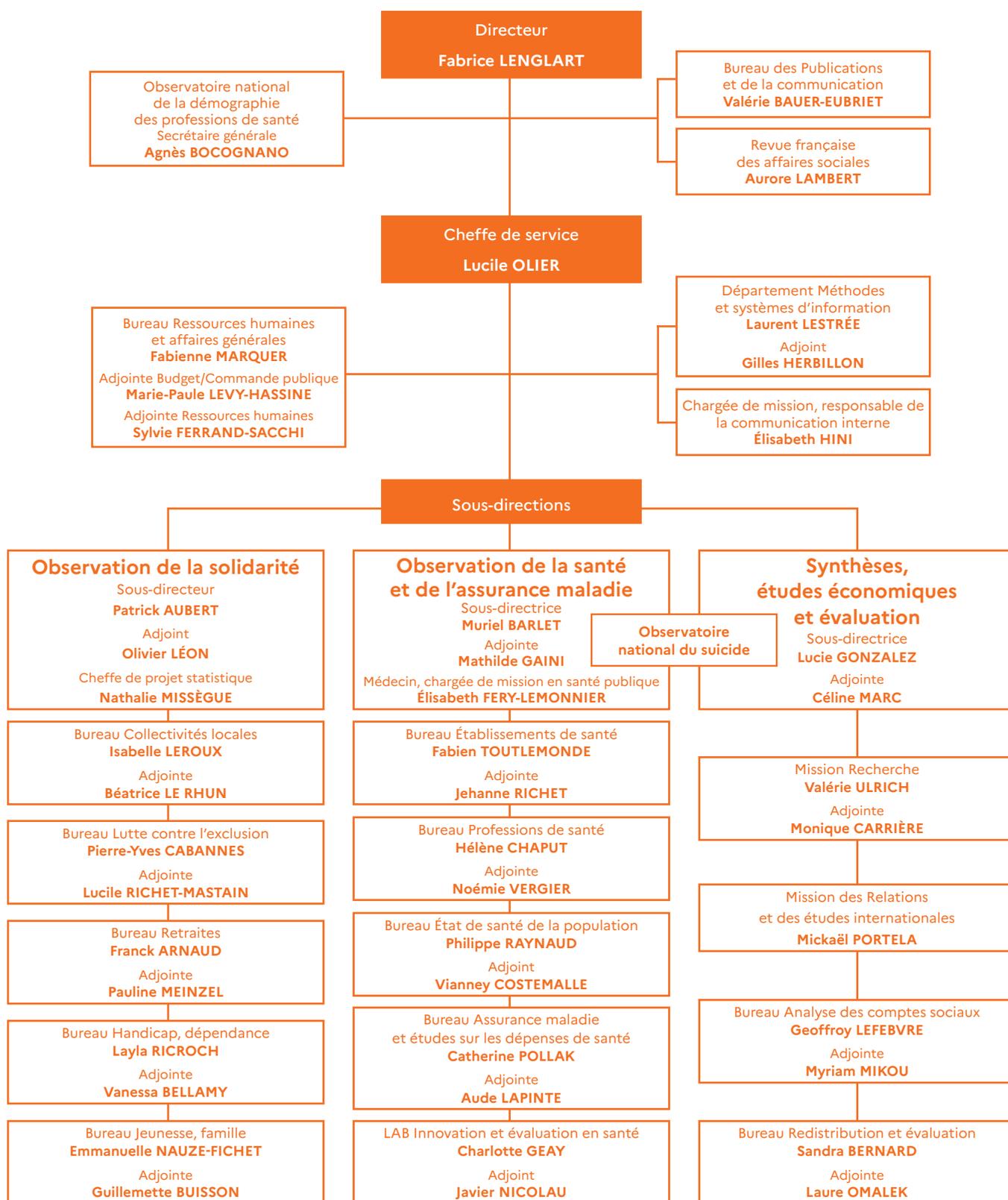
] Avenel, C., Duvoux, N. (coord.) (2020, avril-juin). Le travail social entre pouvoir discrétionnaire et pouvoir d'agir. La Documentation française, *Revue française des affaires sociales*. 2.

] Delpierre, C., Lambert, A., de Saint Pol, T. (coord.) (2020, juillet-septembre). Ce que les politiques publiques font au(x) corps. La Documentation française, *Revue française des affaires sociales*. 3.

] Giraud, O., Warin, P. (coord.) (2020, octobre-décembre). Recherche, expertise et comparaisons internationales dans les politiques sociales et de santé. La Documentation française, *Revue française des affaires sociales*. 4.

DREES ORGANIGRAMME

au 1^{er} juillet 2021



DREES

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

Rapport d'activité 2020



Site internet
drees.solidarites-sante.gouv.fr/

Contact
drees-infos@sante.gouv.fr

Accès aux données en *Open data*
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/pages/accueil/

ISSN 2679-3660