

Rapport d'activité 2021



Sommaire

LE MOT DU DIRECTEUR	4
1 ACTUALITÉ 2021	6-9
Une nouvelle ère de la politique publique de la donnée.....	6-7
Open Data : de nouvelles bases de données et des codes sources disponibles.....	8
La revue par les pairs	9
2 LES TRAVAUX DE LA DREES LIÉS À LA CRISE SANITAIRE	10-16
Panel des médecins généralistes.....	10
EpiCov	11
SI-VIC SI-DEP VAC-SI	12-13
Le suivi des conséquences sociales	14-15
La situation dans les Ehpad.....	16
3 OUTILS, ENQUÊTES ET PREMIERS RÉSULTATS	17-21
Simulations et aide à la décision	17-18
Enquêtes et opérations statistiques	19-20
Premiers résultats	21
4 L'OBSERVATION DES SOLIDARITÉS	22-31
Retraites	23
Famille, enfance, jeunesse	24-25
Handicap.....	26-27
Perte d'autonomie.....	28
Pauvreté, exclusion, minima sociaux.....	29
Protection sociale.....	30-31
5 L'OBSERVATION DE LA SANTÉ	32-39
Établissements de santé	33
État de santé, recours aux soins	34-35
Professionnels de santé.....	36-37
Dépenses de santé.....	38-39
6 LA REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES	40
7 MIRE	41
8 ORGANIGRAMME	42

La DREES au rendez-vous de nouveaux défis

© Ministères sociaux-Dicom-Tristan Reynaud-Sipa Press



Fabrice LENGART
Directeur de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

« En 2021, il a fallu installer dans la durée les nouvelles missions nées de la crise sanitaire, avec des moyens supplémentaires dédiés. »

2021 s'est inscrite dans la continuité de l'année 2020 : il a fallu installer dans la durée les nouvelles missions nées de la crise sanitaire, avec des moyens supplémentaires dédiés cette année. Cela a permis de mener, plus sereinement qu'en 2020, nos deux missions historiques de collecte, de production et de diffusion de statistiques publiques et d'appui à la conception et à l'évaluation des politiques publiques. La qualité et la pertinence du travail de la DREES sur l'ensemble de ses missions ont été doublement reconnues : par la revue des pairs européens qui a concerné la DREES pour la première fois en 2021 ; par le ministre des Solidarités et de la Santé¹, qui a bien voulu me confier le rôle d'administrateur ministériel des données, des algorithmes et des codes (AMDAC) sur les champs de la santé et de la solidarité, dans la continuité de celui d'administrateur des données de santé depuis 2015, mais aussi de notre contribution à la gestion de la crise sanitaire.

Une nouvelle mission pour la DREES : l'administration ministérielle des données

Le 15 mai 2021, le ministre des Solidarités et de la Santé m'a nommé AMDAC. La première tâche a consisté à élaborer une feuille de route présentant la stratégie du ministère, en concertation avec l'ensemble des acteurs ministériels et des opérateurs. Elle a été publiée en septembre 2021.

Soucieuse d'exemplarité, la DREES a résolument poursuivi sa politique d'ouverture de ses données et de ses codes sources avec la mise à disposition, non seulement de nombreux jeux de données, mais aussi du code de certains de ses outils et modèles dans les domaines de la dépendance (LIVIA, Autonomix), des retraites (TRAJECTOIRE) ou des dépenses de santé (base RAC sur les dépenses et les restes à charge en santé après assurance maladie obligatoire [RAC AMO])

Le suivi de la crise sanitaire installé

En 2021, le suivi de la situation sanitaire et de son impact social a encore mobilisé fortement la DREES. Outre ses travaux de suivi conjoncturel des délais des tests et le suivi mensuel des prestations de solidarité, elle a, dès l'été 2021, publié en Open Data, chaque semaine, la répartition, par âge et par région, des personnes testées et hospitalisées avec Covid-19 selon les différents statuts vaccinaux. Elle a aussi conduit, en partenariat avec d'autres directions du ministère des Solidarités et de la Santé, deux enquêtes auprès des établissements de santé et médico-sociaux portant sur l'obligation vaccinale des soignants et sur les tensions sur les ressources humaines.

¹ Depuis la rédaction de ce rapport, le nom du ministère des Solidarités et de la Santé a changé pour devenir le ministère de la Santé et de la Prévention et le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées.

Elle a mis en place avec l'Insee, dès le début 2021, un dispositif de suivi infra-annuel de l'aide alimentaire. Elle a par ailleurs réorienté une grande partie de ses travaux structurels dans le domaine de la santé vers des études originales à partir des systèmes d'information de crise : sur l'incidence du Covid-19 en Ehpad, sur l'efficacité vaccinale contre les variants Delta et Omicron et l'effet protecteur de la vaccination en Ehpad, sur la santé mentale et sa prise en charge par les médecins généralistes ou encore, sur les inégalités sociales face à l'épidémie et sur le sentiment de pauvreté et de déclassement dans ce contexte de crise. Elle a documenté la dépense de protection sociale en lien avec la crise sanitaire dans les comptes éponymes, publiés pour la première fois moins d'un an après la fin de l'année sous revue.

Les investissements de statistique publique confortés

La DREES a poursuivi son programme d'enquêtes : Autonomie, Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants et Assistants familiaux. S'agissant des sources administratives, l'année 2021 a été celle des premières remontées individuelles sur les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) et de l'investissement dans la source Fichiers démographiques sur les logements et les individus (Fidéli) enrichie des thématiques autonomie et épargne retraite.

La DREES a également produit des études sur des thématiques faisant l'objet d'une demande sociale forte, comme les conditions de travail à l'hôpital, la démographie des professions de santé, l'accessibilité géographique et financière aux soins, l'état de santé dans les DROM, la couverture santé complémentaire et les restes à charge des ménages dans le champ sanitaire ; ou encore dans le champ social, sur les motivations de départ en retraite, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'accessibilité géographique aux structures médicalisées pour personnes âgées dépendantes, les caractéristiques des aidants ou la pauvreté en conditions de vie des personnes handicapées.

Autant de nouveaux champs d'observation appelés à se perpétuer, avec le développement de nouvelles sources d'information et des opportunités d'appariement offertes par le Code statistique non signifiant de l'Insee, qui propose une nouvelle méthode de pseudonymisation des données individuelles.

Ce rapport d'activité, qui couvre une année riche en enseignements, retrace les opérations et les études 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 souligne l'importance prise par la maîtrise de la donnée et l'excellence de la DREES en la matière, reconnue par les nouvelles missions qui lui sont confiées. ■

« Ce rapport d'activité souligne l'importance prise par la maîtrise de la donnée et l'excellence de la DREES en la matière, reconnue par les nouvelles missions qui lui sont confiées. »



1 ACTUALITÉ 2021

Une nouvelle ère de la politique publique de la donnée

Le 15 mai 2021, Le ministre des Solidarités et de la Santé a nommé Fabrice Lengart, directeur de la DREES, administrateur ministériel des données, des algorithmes et des codes sources (AMDAC). La première tâche confiée à chaque AMDAC a été d'élaborer une feuille de route présentant la stratégie de son ministère, qui a été publiée en septembre 2021.

L'année 2021 a été marquée par un renouvellement de l'ambition du Gouvernement en matière de politique de la donnée, des algorithmes et des codes sources publics. Suite au rapport de la mission sur la politique publique de la donnée, remis par le député Éric Bothorel le 23 décembre 2020, le Premier ministre a adressé un message fort en ce sens à l'ensemble des ministères et préfets de Région dans une circulaire signée le 27 avril 2021 : « Je souhaite que le Gouvernement porte une ambition renouvelée en matière d'exploitation, d'ouverture et de circulation des données, des algorithmes et des codes sources publics au profit des usagers, des chercheurs, des innovateurs et de l'ensemble de nos concitoyens. »

Une construction collective de la feuille de route

Afin d'élaborer rapidement une feuille de route qui associe l'ensemble des acteurs de la sphère de la solidarité et de la santé et qui réponde aux attentes de la Direction

interministérielle du numérique (Dinum), la DREES a mis en place, début juin 2021, une cellule provisoire dédiée.

Composée de référents issus de ses trois sous-directions (observation de la santé et de l'assurance maladie, observation de la solidarité, synthèses, des études économiques et de l'évaluation) et animée par le département des méthodes et des systèmes d'information (DMSI), elle est présidée par le directeur de la DREES en sa qualité d'AMDAC.

Cette cellule a déterminé une première série d'actions construites, par itérations successives, avec l'ensemble des acteurs de la sphère de la solidarité et de la santé : d'abord les directions d'administration centrale (parmi lesquelles la Direction générale de la cohésion sociale [DGCS], la Direction générale de l'offre de soins [DGOS], la Direction générale de la santé [DGS], la Direction du numérique [DNUM], la Délégation ministérielle au numérique de santé [DNS], la Direction de la Sécurité sociale [DSS]), le cabinet et le Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales (SGMCAS), puis les caisses (caisse nationale des allocations familiales [CNAF], caisse nationale de l'assurance maladie [CNAM], caisse nationale d'assurance vieillesse [CNAV], caisse nationale de solidarité pour l'autonomie [CNSA]) et les opérateurs (notamment, Agence du numérique en santé [ANS], Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [ANSM], Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [ATIH], Haute Autorité de santé

UN RENFORCEMENT DU PILOTAGE DE LA DONNÉE EN RÉGION

Dans le cadre de la feuille de route ministérielle de la politique à mener en matière de données, d'algorithmes et de codes sources, la DREES anime, avec le SGMCAS, le comité d'animation de la donnée en région (CADOR).

Cette nouvelle instance auprès du conseil national de pilotage des agences régionales de santé (ARS) a pour vocation d'analyser les

demandes de recueil d'information des administrations en direction des ARS et des professionnels de santé et médico-sociaux en région, et de les appuyer dans leurs propres collectes de données. L'objectif est d'améliorer la qualité des données recueillies et de réduire le nombre d'enquêtes, en s'appuyant sur les informations disponibles dans les systèmes d'information existants. ■

[HAS], Health Data Hub, Santé publique France [SpF]). Chaque itération a été l'occasion d'aligner la stratégie collective en construction avec l'existant.

Cette étape s'est conclue le mercredi 7 juillet 2021 par une conférence en ligne ouverte à tous les acteurs consultés, au cours de laquelle la feuille de route précisant le périmètre d'action et la stratégie de l'AMDAC a été présentée. Transmise au Premier ministre le 15 juillet, elle a été rendue publique le 27 septembre 2021.

Fédérer les énergies et renforcer la politique de partage de la donnée

L'ensemble des acteurs du domaine de la santé et de la solidarité s'inscrit depuis longtemps dans une démarche de partage et d'ouverture de la donnée. La publication en Open Data des indicateurs du Covid-19 par Santé publique France est emblématique, mais les exemples sont nombreux : la base de données publique Transparence-Santé, la plateforme Cafdata d'Open Data de la CNAF, le partage de données de la CNAM dans le cadre du Système national des données de santé (SNDS), la mise en place d'un « hub » de données de santé (Health Data Hub), ainsi que la diffusion de nombreuses bases de données via le Centre d'accès sécurisé aux données (CASD) pour la recherche.

La feuille de route du ministère des Solidarités et de la Santé vise à renforcer et à systématiser cette démarche. Pour y parvenir, elle propose de lancer des actions selon quatre axes complémentaires :

- l'amélioration de l'action publique grâce à la donnée ;
- la facilitation et la valorisation de l'ouverture, du partage et de l'exploitation des données ;
- le développement du capital humain ;
- l'évolution de la gouvernance et du pilotage des actions orientées data.

En sa qualité d'AMDAC, la DREES a pour rôle principal d'animer et de coordonner les parties prenantes impliquées dans les projets de sa feuille de route. Elle mettra son expertise et son savoir-faire de service de statistique ministériel pour conseiller et accompagner les acteurs dans cette démarche. ■



UNE ANNÉE ACTIVE DANS L'ÉLABORATION DU CADRE JURIDIQUE DES DONNÉES DE SANTÉ

La DREES est en charge de l'élaboration de la réglementation relative à l'usage des données de santé à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation. En 2021, elle a notamment instruit le décret fixant les modalités de mise en œuvre du Système national des données de santé (SNDS), qui décrit la gouvernance et le fonctionnement du SNDS. Ce texte modifie en outre la composition de la liste des organismes, des établissements et des services bénéficiant d'accès permanents aux données du SNDS en raison des missions de service public qu'ils exercent, et prévoit les modalités d'exercice des droits des personnes auxquelles les données se rapportent. La DREES a aussi élaboré la charte applicable aux audits relatifs au SNDS et organisé son comité stratégique. Enfin, tout au long de l'année, elle a préparé la rédaction de l'arrêté relatif aux données alimentant la base principale et aux bases de données du catalogue du SNDS.





Open Data : de nouvelles bases de données et des codes sources disponibles

Dans le cadre de sa politique d'ouverture des données et des codes, la DREES met à disposition de nouvelles bases de données, ainsi que les codes sources de plusieurs de ses outils sur les thématiques liées au vieillissement de la population et aux dépenses de santé. Ces outils visent à permettre aux chercheurs, aux chargés d'études et aux datascientists d'approfondir leurs analyses sur les pensions de retraite et la perte d'autonomie.

La DREES diffuse régulièrement des éclairages et des projections sur le vieillissement de la population en France, dans le domaine des retraites et des aides aux personnes âgées. Ces éclairages s'appuient sur des sources et des outils plus riches que les indicateurs phares retenus pour faire l'objet d'une publication. Dans le cadre de sa politique d'Open Data et de science ouverte, la DREES a ouvert de nouvelles bases de données ainsi que les codes sources de plusieurs outils afin de permettre aux chercheurs de les réutiliser pour leurs propres analyses.

Deux nouvelles bases de données en accès libre

Les données de deux enquêtes annuelles auprès des organismes gestionnaires de prestations ou d'aides pour les personnes âgées ou handicapées sont dorénavant accessibles en intégralité sur data.drees.fr :

- les données de l'Enquête annuelle auprès des caisses de retraite (EACR) alimentent notamment le suivi annuel des retraites réalisé dans l'ouvrage de la collection Panorama, *Les retraités et les retraites* ;
- les données de l'Enquête sur l'aide sociale des départements nourrissent en particulier le Panorama *L'aide et l'action sociales en France* et portent sur les aides sociales versées par les départements aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à l'enfance.

Les codes sources de trois modèles de simulation pour compléter les sources statistiques

En complément, la DREES réalise des modélisations afin d'enrichir l'analyse, qu'il s'agisse d'ajouter une dimension prospective ou de simuler les effets de possibles réformes. Tout ou partie des codes sources de plusieurs de ces modèles sont également ouverts :

- le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA) permet de réaliser des projections du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans entre 2015 et 2050 et donne des répartitions par sexe, tranche d'âge, niveau de perte d'autonomie et lieu de vie à l'échelle départementale ;
- le modèle Autonomix simule les aides finançant le soutien à l'autonomie pour un échantillon représentatif de personnes âgées dépendantes (allocation personnalisée d'autonomie [APA], crédits d'impôts, etc.) ;
- le modèle TRAJECTOIRE, enfin, est un modèle de microsimulation dynamique qui simule l'évolution des retraites versées par les régimes français pour un échantillon représentatif de cotisants actuels ou futurs.

Ces codes sources sont des programmes informatiques complexes, qui s'adressent donc en premier lieu aux personnes habituées à l'utilisation de tels outils.

Les codes de la base RAC sur les dépenses et les restes à charge en santé après assurance maladie obligatoire

La DREES a mis à disposition, pour la première fois, les programmes permettant la production de la base RAC, une base de données simplifiée des dépenses de santé et des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) mais avant prise en charge par une complémentaire santé, à partir de deux sources du Système national des données de santé (SNDS) : le Datamart de consommation interrégime simplifié (DCIRS) et le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). La base RAC ainsi obtenue contient les dépenses et restes à charge individuels de tous les assurés ayant consommé au moins une fois des soins sur le territoire français sur l'année considérée. Ces informations sont ventilées par grande catégorie de soins, en fonction de la nature de chaque prestation, du professionnel exécutant et du lieu d'exécution. La mise à disposition de ces programmes, enrichis d'une documentation détaillée, illustre ainsi la démarche d'Open Data mise en place par la DREES. ■

Retrouver les codes sources ouverts sur gitlab.com/DREES_code :

- > du modèle LIVIA
- > du modèle Autonomix et sa documentation
- > du modèle TRAJECTOIRE
- > de la base RAC



La revue par les pairs

Le service statistique public français, comme ses homologues européens, fait régulièrement l'objet d'un audit indépendant conduit par ses pairs, qui vérifient sa conformité avec le Code de bonnes pratiques de la statistique européenne (indépendance, qualité, pertinence). Pour la première fois à l'été 2021, la DREES a été auditionnée, au même titre que l'Insee notamment.

Cette revue par les pairs a débuté par une phase d'autoévaluation : l'Insee et les trois services statistiques ministériels audités ont rempli un questionnaire fondé sur les principes inscrits dans le Code de bonnes pratiques de la statistique européenne.

La visite des pairs s'est déroulée en France du 28 juin au 2 juillet 2021. L'audition du directeur de la DREES et des membres du comité de suivi de la qualité de la Direction, a été l'occasion de souligner l'implication de la DREES dans l'appui à la gestion de la crise sanitaire et ses productions inédites, comme l'enquête EpiCov.

Les échanges ont associé également des utilisateurs, des fournisseurs de données, des médias. Par ailleurs, les pairs ont rencontré des représentants de l'Autorité de la statistique publique (ASP), du CNIS, du Comité du label de la statistique publique et du Comité du secret statistique. Ces réunions ont permis de valoriser des projets et méthodes développés dans le service statistique public, d'illustrer les arguments présentés dans le questionnaire d'autoévaluation remis aux pairs avant la visite et de répondre à leurs interrogations.

Un rapport qui relève un haut niveau de conformité au Code de bonnes pratiques de la statistique européenne

Suite à cette visite, les pairs ont remis un rapport d'audit, dans lequel figurent un état des lieux ainsi que des recommandations pour améliorer la conformité aux principes du Code de bonnes pratiques. Ce rapport, rendu public, est accessible sur le site de la DREES ou de l'Insee.

Ses conclusions, largement positives pour le système statistique public français et la DREES, relèvent un haut niveau de conformité au code de bonnes pratiques de la statistique européenne, ainsi que les progrès significatifs accomplis depuis le précédent cycle d'audit. Le rapport s'accompagne d'une quinzaine de recommandations.

Contribuer à un débat public plus apaisé

Pour répondre à celles-ci, l'Insee et les services statistiques ministériels (y compris ceux ne produisant pas de statistiques européennes) ont élaboré un plan d'action qualité qui définit des initiatives à mettre en œuvre dans les prochaines années. Ce plan est également public.

Les résultats de cet audit consacrent le juste équilibre trouvé, dans le droit comme dans les faits, entre la DREES et ses tutelles, notamment en matière de respect et de défense de l'indépendance professionnelle de la statistique publique et la qualité de ses travaux. Dans le contexte actuel de circulation incontrôlée de *fake news*, cette reconnaissance de la qualité et de l'indépendance du service statistique public est un atout ; elle peut contribuer à un débat public plus apaisé. ■



2 LES TRAVAUX DE LA DREES LIÉS À LA CRISE SANITAIRE

► Panel des médecins généralistes

Analyser l'impact du Covid-19 sur les pratiques des médecins généralistes

Le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale a été mobilisé à cinq reprises en 2020 et 2021 pour analyser l'impact de la crise sanitaire sur la prise en charge des patients en médecine de ville. Les médecins généralistes ont été interrogés sur leur activité, leurs pratiques et leurs opinions dans le cadre de la gestion de la crise et de la vaccination.

L'organisation de l'activité des médecins généralistes a été fortement modifiée par la crise sanitaire

Comparé à la période du déconfinement du printemps 2020, le nombre de consultations pour le Covid-19 en octobre et novembre 2020 augmente chez les médecins généralistes, signe d'une reprise épidémique. Plus d'un médecin sur deux reçoit des patients présentant des symptômes persistants après une infection au Covid-19 contractée lors de la première vague de l'épidémie.

Les médecins généralistes ont adapté leur organisation logistique à l'épidémie de Covid-19 : près de la moitié d'entre eux ont recours à des tranches horaires réservées à la patientèle consultant pour ce motif et près de sept médecins sur dix déclarent avoir recours à la téléconsultation pour certains de leurs patients. Dans la plupart des cas, les médecins généralistes reçoivent leurs patients atteints du Covid-19 à leur cabinet.

La vaccination est le meilleur moyen d'éviter de nouvelles vagues épidémiques pour la majorité des médecins

Pour huit médecins généralistes sur dix interrogés en novembre et décembre 2020, la vaccination contre le Covid-19 est le meilleur moyen de limiter la survenue de nouvelles vagues épidémiques. De manière générale, trois quarts des médecins généralistes avaient l'intention de se faire vacciner contre le Covid-19 en fin d'année 2020, avant le lancement de la campagne de vaccination. Il en est de même pour la part des médecins qui recommanderaient certainement ou probablement

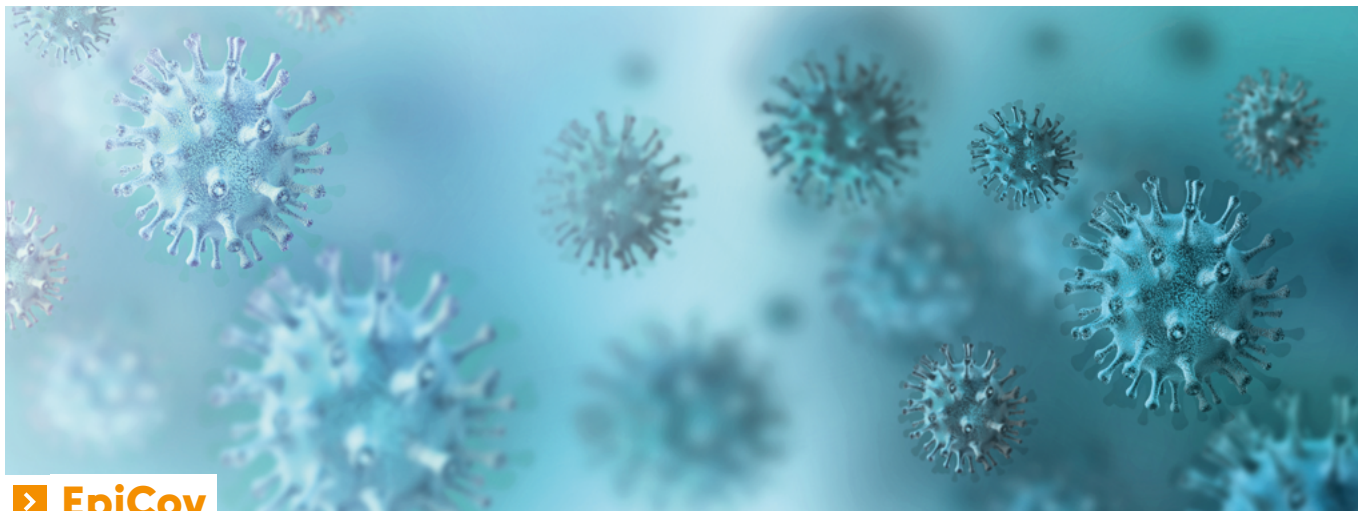
les vaccins à leurs patients : ils sont huit sur dix dans ce cas, en octobre-novembre 2020, comme en novembre-décembre 2020. Plus de neuf médecins généralistes sur dix sont entrés dans le schéma vaccinal avant juillet 2021. Trois quarts avaient alors déjà reçu deux doses, le plus souvent avec un vaccin à ARN messager.

L'activité des médecins pour motifs liés à la santé mentale est en hausse en 2020 et en 2021

Les demandes de soins liés à la santé mentale ont augmenté avec l'épidémie de Covid-19. Ainsi, sept médecins généralistes sur dix constatent une hausse de leur activité pour ces motifs. Cette part a augmenté au cours de l'année 2020 pour se stabiliser au printemps 2021, ce qui traduit probablement la persistance, sur le moyen terme, d'une souffrance psychologique dans la population liée aux conséquences sociales et économiques de la pandémie et des mesures mises en place pour l'endiguer. ■

Bibliographie :

- > Bergeat, M., Vergier, N., et al. (2021, octobre). Les demandes de soins liés à la santé mentale restent plus fréquentes au printemps 2021. DREES, *Études et Résultats*, 1209.
- > Bergeat, M., Chaput, H., et al. (2021, mars). Risques encourus, gestion de l'épidémie, suivi des patients : opinions des médecins généralistes pendant le confinement de l'automne 2020. DREES, *Études et Résultats*, 1188.
- > Verger, P., Scronias, D., et al. (2021, mars). Pour huit médecins généralistes sur dix, la vaccination contre la Covid-19 est le meilleur moyen d'éviter de nouvelles vagues épidémiques. DREES, *Études et Résultats*, 1187.
- > Bergeat, M., Chaput, H., et al. (2021, mars). Confinement de novembre-décembre 2020 : une hausse des demandes de soins liés à la santé mentale. DREES, *Études et Résultats*, 1186.
- > Bergeat, M., Chaput, H., et al. (2021, janvier). Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge les patients atteints de la Covid-19 ? DREES, *Études et Résultats*, 1177.
- > Bergeat, M., Chaput, H., et al. (2021, janvier). 8 médecins généralistes sur 10 jugent efficace la généralisation du port du masque dans les lieux clos. DREES, *Études et Résultats*, 1176.



► EpiCov

Poursuivre l'observation de la diffusion du virus et des effets de l'épidémie grâce à EpiCov

Menée conjointement par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et la DREES, l'enquête EpiCov apporte des enseignements sur la diffusion du virus dans la population et les conséquences de l'épidémie sur le quotidien et la santé des individus. En 2021, la DREES a publié l'analyse des résultats du deuxième volet de l'enquête conduit en novembre 2020 auprès de 135 000 personnes, tandis qu'une troisième collecte a été organisée en juin et juillet.

4 % de la population a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2 entre mai et novembre 2020

L'enquête EpiCov révèle que 6 % de la population possède des anticorps contre le SARS-CoV-2 en novembre 2020, en France métropolitaine, chez les personnes de 15 ans ou plus, hors Ehpad. Entre mai et novembre 2020, on estime que 4 % de la population a développé des anticorps contre le virus. En Île-de-France, le niveau de séroprévalence reste le plus élevé : en novembre 2020, 11 % des Franciliens de 15 ans ou plus ont des anticorps. Par ailleurs, lors de la deuxième vague épidémique, contrairement à la première, les adolescents et les jeunes adultes ont été plus touchés par le virus que les adultes d'âges intermédiaires. Vivre dans une zone à forte densité de population ou exercer une profession essentielle dans le domaine du soin reste associé, comme lors de la première vague, à une séroprévalence plus élevée.

La santé mentale se dégrade chez les jeunes entre mai et novembre 2020

Au cours de l'année 2020, une personne sur cinq est concernée par un syndrome dépressif en mai ou en novembre et près d'une sur vingt présente un syndrome dépressif persistant au cours de ces deux périodes. Les jeunes, les femmes, les personnes handicapées, celles confrontées à une situation économique difficile ou dégradée par la crise sanitaire ou celles ayant présenté des symptômes évocateurs du Covid-19 sont les plus affectés.

En novembre 2020, 3 % de la population déclare avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois (mais 5 % des jeunes de 15-24 ans). Enfin, les données d'EpiCov rapportent des taux de consommateurs réguliers d'alcool et de cannabis en baisse par rapport aux données antérieures, mais elles font état d'une progression de plus de 20 % du nombre de consommateurs de psychotropes au cours de l'année 2020. ■

Bibliographie :

> **Warszawski, J., et al.** (2021, juillet). 4 % de la population a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2 entre mai et novembre 2020. DREES, *Études et Résultats*, 1202.

> **Hazo, J.-B., et al.** (2021, octobre). Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020. Résultats issus de la 2^e vague de l'enquête EpiCov. DREES, *Études et Résultats*, 1210.

EN 2020, LE NOMBRE DE SÉJOURS HOSPITALIERS HORS COVID-19 A DIMINUÉ DE 13 % PAR RAPPORT À 2019

La baisse inédite du nombre de séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) est davantage concentrée sur la première vague de l'épidémie (-53 %). Les régions de l'est et du nord de la France, plus touchées lors de la première vague, ont connu une diminution plus importante que les autres. Ce recul est plus marqué chez les enfants de 2 à 14 ans (-23 %) et pour les séjours liés à des motifs ORL (-32 %), des maladies infectieuses (-28 %) et des maladies de l'appareil respiratoire (hors Covid-19) [-27 %], probablement du fait de l'application des

mesures sanitaires et des gestes barrières. Les maladies de l'appareil circulatoire ont, elles aussi, connu une nette baisse (-11 %), notamment les séjours pour accidents vasculaires cérébraux et infarctus du myocarde. Les séjours de chirurgie (-16 %) et les séjours pour actes et procédures peu invasifs (-15 %) ont diminué plus fortement que les séjours médicaux (-9 %). ■

> **Naouri, D.** (2021, septembre). En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.



▶ SI-VIC SI-DEP VAC-SI

Efficacité vaccinale : de premières estimations en vie réelle

Trois grands systèmes d'information (SI) ont été mis en place pour suivre l'épidémie de Covid-19 : SI-VIC (hospitalisations), SI-DEP (tests) et VAC-SI (vaccination). Ils ont été croisés dès la mi-2021 afin d'estimer l'impact de la vaccination sur le risque de contamination et de forme grave.

Depuis le début de l'épidémie de Covid-19, les hospitalisations et le dépistage sont suivis grâce à des outils dédiés (respectivement SI-VIC et SI-DEP). La mise en place de la campagne de vaccination a également pu être observée grâce au système VAC-SI, créé à cette occasion.

Croiser les systèmes d'information pour mieux suivre l'épidémie de Covid-19

Jusqu'à la mi-2021, ces systèmes étaient indépendants et ne pouvaient pas être croisés. Pour pallier cette difficulté, un pseudonyme unique (basé sur le nom, le prénom, le sexe et la date de naissance) a été créé dans les trois bases selon une méthodologie similaire afin de les apparier. Ainsi, dès l'été 2021, la DREES a publié, en Open Data, chaque semaine, la répartition, par âge et par région, des personnes testées et hospitalisées avec Covid-19 selon les différents statuts vaccinaux (non vacciné, schéma vaccinal en cours, schéma vaccinal complet, rappel, etc.), accompagnée d'analyses et d'éclairages détaillés.

Ces statistiques ont également permis d'estimer l'efficacité vaccinale en contrôlant les effets de composition inhérents aux seules statistiques descriptives. Comptabilisant environ

300 000 téléchargements, elles ont été notamment utilisées par les acteurs opérationnels de la gestion de crise, des sites de datavisualisation publics ou privés (TousAntiCovid, CovidTracker), les agences régionales de santé, la Haute Autorité de santé, le Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale ou encore l'institut Pasteur.

Évaluer l'efficacité des vaccins

Ces travaux ont ainsi mis en évidence l'effet protecteur des vaccins et de la dose de rappel contre les formes graves du variant Delta et du variant Omicron, même si la protection est moindre dans ce cas.

Ils ont également mis en évidence la persistance dans le temps de la protection vaccinale contre les formes graves liées au variant Omicron, même si cette protection disparaît après un certain laps de temps.

Des résultats similaires ont été mis en évidence avec une méthodologie différente basée, non sur des décomptes globaux, mais sur un appariement cas-témoin entre personnes comparables sélectionnées parmi les personnes dépistées et symptomatiques (méthode dite du « test negative design »). Ils ont donné lieu à un *Dossier de la DREES*, une présentation aux Journées de la méthodologie statistique de l'Insee et ont été publiés en avril 2022 dans une revue internationale d'épidémiologie. ■

Bibliographie :

> Suarez Castillo M. (Insee), Khaoua H., Courtejoie N. (DREES) (2021, décembre). Estimation de l'efficacité vaccinale contre les formes graves de Covid-19. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 90.

À la veille du deuxième confinement, SI-DEP détectait plus de la moitié des personnes infectées par le Covid-19

À partir de fin mai 2020, les données SI-DEP indiquent le nombre de personnes testées positives par RT-PCR en France, ce qui fournit une première évaluation, bien que sous-estimée, du nombre de personnes infectées. De ce fait, les taux d'hospitalisation calculés en croisant les données SI-VIC et SI-DEP entre fin mai et fin août sont plus élevés que ceux estimés au cours de la première vague à partir de SI-VIC et EpiCov, et ce, pour toutes les classes d'âge. Sur la période allant de fin août à fin-novembre, les taux d'hospitalisation calculés se rapprochent, tout en restant supérieurs, à ceux obtenus au cours de la première vague. Si l'on suppose que les taux d'hospitalisation par catégorie d'âge estimés à partir de l'enquête EpiCov ont continué de prévaloir jusqu'à fin novembre (c'est-à-dire qu'il n'y a eu ni changement dans la gravité de l'épidémie, ni dans les modalités d'hospitalisation), il est possible d'inférer le

nombre de personnes de 15 ans ou plus, hors résidents d'Ehpad, contaminées en France métropolitaine, à partir du nombre de personnes hospitalisées sur cette même période. La capacité de détection du système de dépistage peut alors être estimée en rapportant le nombre de contaminations ainsi estimées, au nombre de personnes testées positives par RT-PCR. On constate que cette capacité a augmenté : passant de 12 % en juin 2020 à 31 % en juillet-août, 45 % en septembre-début octobre et 59 % mi-octobre-fin novembre. ■

Bibliographie :

> Costemalle, V., Courtejoie, N., Miron de l'Espinay, A., équipe EpiCov (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.

Le suivi du profil des personnes hospitalisées avec le Covid-19 s'est poursuivi grâce à SI-VIC

Depuis le début de la crise sanitaire, la DREES exploite les données de la base SI-VIC pour caractériser les personnes hospitalisées avec le Covid-19. Après un *Dossier de la DREES* décrivant en 2020 le parcours hospitalier des patients atteints de Covid-19 durant la première vague de l'épidémie, une publication de la même collection a observé en 2021 ce parcours durant la deuxième vague. Un travail similaire, sur les troisième et quatrième vagues, a notamment permis d'éclairer l'impact relatif des différents variants et de la campagne de vaccination sur la situation à l'hôpital. Il a ainsi mis en évidence le fait que la campagne de vaccination a permis de réduire sensiblement l'ampleur de la quatrième vague en termes d'entrées hospitalières, alors même que le variant de l'époque (Delta) ne semblait pas moins virulent que les précédents. Autre innovation de l'année 2021 : l'appariement, en partenariat avec l'Insee, des données de SI-VIC avec le Fichier démographique d'origine fiscale sur les logements et les

personnes (Fidéli), afin de caractériser plus finement les personnes atteintes de Covid-19 à l'hôpital, notamment leur situation socio-économique et leurs conditions de logement. Ce travail, conclu par une publication début 2022, a mis en évidence les inégalités sociales face à l'épidémie. ■

Bibliographie :

> Courtejoie, N., Dubost, C.-L. (2020, octobre). Parcours hospitalier des patients atteints du Covid-19 lors de la première vague de l'épidémie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 67.
> El Rais, H., Aflak-Kattar, M., Bleistein, L. (2021, mai). Parcours hospitaliers des patients atteints du Covid-19 de mars 2020 à janvier 2021. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 79.
> Galiana L., Meslin O. (Insee), Courtejoie N., Delage S. (DREES), (2022, mars). Caractéristiques socio-économiques des individus aux formes sévères de Covid-19 au fil des vagues épidémiques - Exploitation d'un appariement de données d'hospitalisation (SI-VIC) et de données socio-économiques (Fidéli). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 95.

UNE FORTE IMPLICATION DANS LA GESTION OPÉRATIONNELLE DE CRISE

Comme en 2020, la DREES a contribué aux travaux opérationnels de gestion de crise, en apportant un appui en matière d'exploitation de données. Cette mission s'est matérialisée par la poursuite de la collaboration avec la Direction générale de la santé (DGS) au sein du pôle « indicateurs » du centre de crise sanitaire, et par la participation à l'élaboration des dossiers du Conseil de défense et de sécurité nationale (CDSN). En parallèle de ses publications internes récurrentes

(statistiques hebdomadaires sur les tests, analyse conjoncturelle de l'évolution de l'épidémie à un rythme parfois quotidien, et mise à disposition d'outils de datavisualisation), la DREES a conduit, en partenariat avec d'autres directions du ministère des Solidarités et de la Santé, deux enquêtes auprès des établissements de santé et médico-sociaux portant sur l'obligation vaccinale des soignants et sur les tensions sur les ressources humaines. ■



Le suivi des conséquences sociales

Un sentiment de pauvreté en hausse chez les jeunes adultes fin 2020

Entre fin 2019 et fin 2020, la part des personnes qui jugent leur situation globalement mauvaise s'accroît. Néanmoins, cette dégradation ne s'accompagne pas d'une augmentation du sentiment ou du risque perçu de pauvreté au niveau individuel, sauf chez les jeunes.

Le Baromètre d'opinion de la DREES suit chaque année depuis 2000 l'évolution de l'opinion des Français à l'égard de la santé, de la protection sociale, des inégalités et de la cohésion sociales. L'édition 2020, réalisée en fin d'année dans le contexte de crise sanitaire, montre que la part des personnes qui jugent leur situation « mauvaise » s'accroît fortement, de 19 % fin 2019 à 25 % fin 2020. Cette hausse, comparable à celle observée lors de la crise financière de 2008, est particulièrement marquée parmi les travailleurs, les jeunes adultes et dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants. Fin 2020, une personne interrogée sur quatre estime que sa situation financière s'est détériorée depuis le début de la crise sanitaire. À la même période, la part des personnes en activité qui estiment que leurs revenus vont diminuer dans les mois qui viennent a quasiment doublé en un an, passant de 13 % en 2019 à 24 % en 2020.

Un sentiment de déclassement accru chez les jeunes de moins de 30 ans et les indépendants

Chez les personnes de moins de 30 ans, le sentiment de se trouver dans une situation pire que celle de ses parents au même âge (déclassement intergénérationnel) a augmenté de 14 points en un an (de 22 % fin 2019 à 36 % fin 2020). Elles deviennent ainsi plus nombreuses que celles qui jugent leur situation meilleure que celle de la génération précédente (28 %). Ce phénomène affecte également les indépendants, dont le sentiment de déclassement augmente

de 7 points, faisant de ceux-ci le seul groupe professionnel chez qui le sentiment de déclassement intergénérationnel est plus fréquent que celui d'ascension sociale (respectivement 43 % contre 25 %).

Entre 2019 et 2020, le sentiment de pauvreté augmente de 20 % à 26 % chez les jeunes adultes

La préoccupation envers l'avenir et la dégradation de la situation financière d'une partie de la population ne s'accompagnent pas d'un accroissement du risque perçu de pauvreté, sauf chez les jeunes. Ainsi, fin 2020 comme fin 2019, une personne sur cinq se considère comme pauvre et une proportion comparable estime qu'elle risque de le devenir au cours des cinq prochaines années, tandis que le sentiment de pauvreté chez les jeunes adultes passe de 20 % à 26 %.

Chez les ouvriers et les personnes appartenant aux 40 % de la population dont le niveau de vie est le plus bas – qui comptent parmi les catégories les plus exposées au sentiment de pauvreté –, une personne sur trois se déclare pauvre. Quoique dans une moindre mesure, les employés et les personnes qui vivent seules ou sont à la tête d'une famille monoparentale se considèrent également plus souvent pauvres que la moyenne. Au contraire, 85 % des cadres, 72 % des professions intermédiaires et 83 % des personnes appartenant aux deux plus hauts quintiles de niveau de vie ne s'estiment ni pauvres ni en risque de le devenir, ce qui n'est le cas que pour 40 % des ouvriers. ■

Bibliographie :

> Lardeux, R., Papuchon, A., Pirus, C. (2021, juillet). Un sentiment de pauvreté en hausse chez les jeunes adultes fin 2020. DREES, *Études et Résultats*, 1195.

Quelle fréquentation des centres de distribution d'aide alimentaire ?

Pour estimer les impacts sociaux de la crise sanitaire, le recours à l'aide alimentaire fait figure de marqueur de l'entrée dans la grande précarité.

Un dispositif de suivi en trois volets

Afin d'observer et d'objectiver ce phénomène qui a occupé une place importante depuis deux ans dans le débat public, l'Insee et la DREES ont mis en place, début 2021, un dispositif de suivi infra-annuel de l'aide alimentaire en France. Ce dispositif comprend trois volets :

- des remontées de données quantitatives émanant des principales associations du secteur, transmises à l'Insee et à la DREES à un rythme trimestriel et à un niveau départemental, portant sur l'évolution des bénéficiaires et des volumes de denrées distribuées ;
- une enquête menée en mai-juin 2021 auprès de 1 600 centres de distribution dépendant de ces mêmes réseaux associatifs, afin de recueillir leur perception de l'évolution de leur fréquentation pendant la crise sanitaire comparativement à une période d'avant-crise. Cette enquête interrogeait également ces centres sur l'évolution des types de publics accueillis, en particulier les « nouveaux » publics recourant à l'aide alimentaire en raison de la crise sanitaire ;
- une enquête menée par l'Insee en novembre-décembre 2021 auprès de 4 500 bénéficiaires fréquentant les centres de distribution, dont les résultats ont été publiés mi-2022.

Une hausse d'activité dans la majorité des centres de distribution

L'enquête menée au printemps 2021 a montré qu'une majorité des centres de distribution d'aide alimentaire ont

constaté une augmentation de leur fréquentation – forte (dans 21 % des cas) ou modérée (36 %) – par rapport à la situation d'avant-crise sanitaire. La taille des centres apparaît comme le premier facteur de différenciation : ceux qui accueillent le plus de personnes sont également ceux qui signalent le plus fréquemment de fortes hausses du nombre de bénéficiaires. Des disparités territoriales s'observent également : l'Île-de-France, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et les régions d'outre-mer concentrent les plus fortes proportions (entre 31 % et 37 %) de sites de distribution observant des effets importants de la crise sanitaire. Dans ces régions, les centres implantés dans des unités urbaines très peuplées sont plus affectés que ceux des villes plus petites. Enfin, les disparités sont aussi liées aux caractéristiques socio-économiques des territoires : dans les grandes unités urbaines exposées à la pauvreté et au chômage, les centres de distribution déclarent plus fréquemment une forte hausse de leur activité. Dans les territoires moins denses, ce contexte socio-économique, qu'il soit favorable ou non, apparaît moins différenciant. ■

Bibliographie :

- > Radé, É., Léon O. (2022, février). Aide alimentaire : une fréquentation accrue des centres de distribution dans les grandes villes les plus exposées à la pauvreté début 2021. DREES, *Études et Résultats*, 1218.
- > (2021, juillet), Aide alimentaire : une hausse prononcée des volumes distribués par les associations en 2020. DREES, communiqué de presse.

Le fonds d'aide aux jeunes : des données mensuelles pour mieux éclairer les effets de la crise

En 2021, la DREES a réalisé une nouvelle enquête sur le fonds d'aide aux jeunes (FAJ), dispositif départemental de dernier recours à destination des jeunes connaissant des difficultés d'insertion sociale ou professionnelle. Pour la première fois, des données mensuelles ont également été collectées sur les années 2020 et 2021, afin de décrire plus finement les évolutions des différents indicateurs et en particulier d'observer l'effet de la crise sanitaire sur le recours au FAJ.

17,5 millions d'euros affectés à 99 900 aides individuelles

En 2020, 99 900 aides individuelles ont été accordées à 67 000 jeunes. Le montant total affecté à ces aides est de 17,5 millions d'euros. Le nombre de bénéficiaires et les dépenses associées sont en baisse depuis 2013, du fait notamment de la montée en puissance sur la période de

la Garantie jeunes. Si la crise sanitaire et ses conséquences sociales ne semblent pas avoir modifié significativement cette évolution de long terme, les changements observés dans les types d'aides attribuées et le profil des bénéficiaires peuvent y être en partie liés. La part des aides alimentaires dans l'ensemble des aides du FAJ progresse nettement entre 2019 et 2020 (53 % contre 60 %). En 2020, 60 % des bénéficiaires du FAJ ne sont ni scolarisés, ni en emploi, ni en stage, contre 55 % en 2019. ■

Bibliographie :

- > Les données du FAJ sont disponibles sur l'Open Data de la DREES.
- > Abdouni, S. (2022, mars). Fonds d'aide aux jeunes en 2020 : un nombre de bénéficiaires encore en baisse, mais dont le profil et les besoins ont changé. DREES, *Études et Résultats*, 1224.

► La situation dans les Ehpad

En complément des chiffres publiés régulièrement par Santé publique France (SPF) pour suivre la situation des résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), la DREES s'est intéressée à l'analyse des infections au niveau des établissements. Cette approche permet notamment d'apporter un éclairage sur les épisodes infectieux successifs au sein d'une même structure. La DREES a également analysé la vaccination contre le Covid-19 en Ehpad et son effet sur la contamination des résidents.

En 2020, trois Ehpad sur quatre ont eu au moins un résident infecté par le Covid-19

Les Ehpad ont été particulièrement touchés par la pandémie de Covid-19. En 2020, les trois quarts ont eu au moins un résident infecté et un établissement sur cinq a connu un épisode dit « critique », au cours duquel au moins dix résidents ou 10 % de l'ensemble des résidents sont décédés. Au total, 38 % de l'ensemble des résidents ont été contaminés et 5 % sont décédés, soit 29 300 décès.

Une première vague concentrée en Île-de-France, dans le Grand-Est et les Hauts-de-France

Ces structures ont connu deux vagues de contaminations en 2020, simultanément à celles survenues pour l'ensemble de la population. La première s'est concentrée en Île-de-France, dans le Grand-Est et les Hauts-de-France, avec plus de 55 % des Ehpad ayant signalé un cas parmi les résidents. Les Ehpad publics hospitaliers ont été moins confrontés au virus que les établissements d'autres statuts, compte tenu de leur taille et de leur implantation géographique.

Deux fois plus de contaminations lors de la deuxième vague

La deuxième vague a touché plus largement les Ehpad de l'ensemble du territoire et a occasionné deux fois plus de contaminations des résidents que la première. Pour autant, le nombre de décès est identique, un peu moins de 15 000 personnes, sans doute lié à une meilleure détection des cas asymptomatiques ou à une meilleure prise en charge des formes graves de la maladie.

La vaccination a débuté en Ehpad à la fin de l'année 2020. Le nombre de résidents atteints par le Covid-19 a ensuite nettement diminué. De l'ordre de 4 700 résidents sont décédés des suites du virus en janvier-février 2021, puis 600 entre mars et mai 2021. ■

Bibliographie :

> Miron de l'Espinay, A., Ricroch, L. (2021, juillet). En 2020, trois Ehpad sur quatre ont eu au moins un résident infecté par le Covid-19. DREES, *Études et Résultats*, 1196.

Pas de troisième pic épidémique pour les résidents d'Ehpad en 2021 grâce à la vaccination

Durant la deuxième vague de l'épidémie de Covid-19 à l'automne 2020, le taux d'incidence dans les Ehpad s'élève jusqu'à près de 1 600 résidents contaminés par semaine pour 100 000, contre 500 personnes chez les personnes de 70 ans ou plus, et 450 pour la population entière. À partir de mi-février 2021, le taux d'incidence dans la population augmente, mais celui chez les résidents en Ehpad ne connaît pas la même trajectoire. Tout début mars, ce taux n'est plus que d'environ 200 cas de résidents sur 100 000, contre 190 pour les personnes de 70 ans ou plus et 140 pour la population entière. Les résidents d'Ehpad n'ont ainsi pas connu de troisième pic épidémique.

Une réduction de 20 % du nombre moyen de résidents cas confirmés

La campagne de vaccination à destination des résidents d'Ehpad a commencé à la toute fin de l'année 2020. Le croisement des données sur la vaccination (VACSI, CNAM) avec celles sur les contaminations en Ehpad (Covid-ESMS,

SpF) montre qu'une augmentation de 10 points de pourcentage de la couverture vaccinale en seconde dose des résidents d'un Ehpad est associée à une réduction de l'ordre de 20 % du nombre moyen de résidents cas confirmés en cas d'épisode de Covid-19 dans l'établissement, toutes choses égales par ailleurs. Statistiquement, d'autres facteurs ont également une influence sur le nombre de résidents infectés, comme le nombre total de résidents dans l'Ehpad, la pression épidémique sur le territoire ou encore le statut de l'établissement. Cet effet protecteur de la vaccination explique donc dans une certaine mesure l'absence de troisième pic épidémique en 2021 parmi les résidents en Ehpad. ■

Bibliographie :

> Miron de l'Espinay, A., Pinel, L. (2021 novembre). La vaccination contre le Covid-19 en Ehpad et son effet sur la contamination des résidents - La campagne de vaccination des résidents d'Ehpad au début de l'année 2021. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 86.



3 OUTILS, ENQUÊTES ET RÉSULTATS

► 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.

TRAJECTOIRE : projeter les dépenses de retraite et simuler des réformes sur l'ensemble des régimes

Le modèle de microsimulation TRAJECTOIRE de la DREES simule les parcours de carrière et de départ à la retraite d'un échantillon d'individus représentatifs de la société française. La DREES peut ainsi projeter les dépenses de retraite, avec un détail par régime et par type de population, afin de mesurer les effets redistributifs du système de retraite, de répondre aux sollicitations du Conseil d'orientation des retraites ou d'estimer les impacts financiers et individuels d'une réforme des retraites. TRAJECTOIRE a été totalement refondu et codé en langage R au cours de l'année 2021, ce qui a considérablement amélioré son temps de calcul, et une partie du code (celle permettant de calculer les droits à pension) a d'ores et déjà été ouverte : https://gitlab.com/DREES_code/public/outils/calcul_pension

Autonomix : réaliser des travaux sur le grand âge et l'autonomie

Créé par la DREES, Autonomix s'appuie sur les remontées individuelles de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), de l'enquête Aide sociale, des enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) et de l'enquête Hébergement des personnes âgées (EHPA). Ce modèle de microsimulation 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. Le code du modèle a été ouvert pour le volet des personnes qui vivent à domicile : https://gitlab.com/DREES_code/public/modeles/autonomix

LIVIA : effectuer des projections du nombre de seniors

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 entre 2015 et 2050 et donne des répartitions départementales par sexe, tranche d'âge, niveau de perte d'autonomie et lieu de vie.

Développé à partir du modèle EP24 - Projections de personnes âgées dépendantes, issu d'un travail commun entre la DREES et l'Insee, LIVIA peut être utilisé de deux façons :

- soit en raisonnant à partir d'un nombre d'entrées en institution identiques à ceux observés aujourd'hui : le modèle permet alors d'estimer le nombre de places en Ehpad et en résidence autonomie qui seront nécessaires pour tenir compte des évolutions démographiques (scénario 1) ;
- soit en raisonnant à partir d'un objectif de places en Ehpad à l'avenir : le modèle permet alors de quantifier le besoin des personnes âgées en perte d'autonomie vers un accompagnement à domicile et/ou en résidence autonomie (scénarios 2 et 3).

Le code du modèle a été ouvert : https://gitlab.com/DREES_code/public/modeles/livia

Ines-Omar : analyser les dépenses de santé des ménages

La DREES a réactualisé l'outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge (Omar) afin d'étudier le partage au niveau microéconomique des dépenses de santé entre la Sécurité sociale, les complémentaires santé et les ménages. Le rapprochement avec l'outil Ines permet d'intégrer le financement de la Sécurité sociale par les ménages, et de réaliser des études sur la redistribution opérée par le système d'assurance maladie. L'outil Ines-Omar évalue ainsi les effets redistributifs de réformes sur l'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire, notamment pour le Haut Conseil à l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). ■

> **Fouquet, M.** (2021, décembre). Le modèle de microsimulation Ines-Omar 2017. Note méthodologique détaillée. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 87.

Ines : simuler les effets des politiques sociales et fiscales

Développé conjointement par la DREES, l'Insee, et la CNAF, le modèle Ines simule la législation sociale et fiscale française à partir des enquêtes annuelles de l'Insee sur les revenus fiscaux et sociaux (ERFS), qui disposent d'informations détaillées sur les caractéristiques sociodémographiques des personnes et de leur foyer, leur situation professionnelle ainsi que leurs revenus (d'activité, de remplacement, du patrimoine, etc.). La DREES mobilise le modèle Ines comme outil d'aide à la décision pour évaluer l'impact budgétaire et redistributif de réformes portant sur les prestations sociales ou les prélèvements, mais aussi pour éclairer le débat économique et social sur la redistribution monétaire, la fiscalité ou la protection sociale. ■



► 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, dans le respect de l'indépendance professionnelle, 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.

Enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants

Réalisée tous les six-huit ans, l'enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants vise à dresser un panorama complet des solutions de garde adoptées par les parents pour leurs jeunes enfants, au regard de leurs contraintes professionnelles. Après un report d'un an lié à la crise sanitaire, la quatrième édition de l'enquête s'est déroulée d'octobre 2021 à janvier 2022. Par rapport aux éditions précédentes, l'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. ■

Enquête Assistants familiaux

Les assistants familiaux accueillent de façon permanente, à leur domicile, des mineurs et des majeurs de moins de 21 ans. Leur activité s'insère dans un dispositif de protection de l'enfance, un dispositif médico-social ou un service d'accueil familial thérapeutique. La DREES a réalisé en 2021 une enquête statistique inédite auprès d'un échantillon représentatif d'assistants familiaux, employés par des collectivités territoriales ou par des services associatifs habilités en France métropolitaine, et exerçant dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance. Chaque enquêté a répondu au même questionnaire, au cours d'entretiens qui ont eu

lieu majoritairement en face à face, et plus rarement par téléphone, afin de s'adapter au contexte sanitaire.

L'enquête s'intéresse à la formation et au parcours professionnel, ainsi qu'aux procédures d'agrément et de recrutement. Elle porte également sur les conditions de travail, les difficultés rencontrées et l'opinion des professionnels sur leur métier. Enfin, elle aborde les relations avec les enfants accueillis et leurs familles, ainsi qu'avec les autres travailleurs sociaux. L'enquête a aussi pour objectif de produire des statistiques sur les enfants accueillis chez les assistants familiaux. ■

Dispositif d'enquêtes Autonomie

Le dispositif d'enquêtes Autonomie s'inscrit dans la lignée des grandes enquêtes sur le handicap et la dépendance initiée par l'enquête Handicap, incapacité, dépendance (HID) de 1998-2001, et poursuivie par l'enquête Handicap-santé (HS) de 2007-2009. L'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) de 2014-2016 complète l'information sur le seul champ des personnes de 60 ans ou plus.

Les enquêtes sur le handicap et la perte d'autonomie sont toujours articulées en trois volets :

- une enquête « filtre » Vie quotidienne et santé (VQS), qui, sur un très large échantillon, permet d'une part de repérer les personnes ayant des difficultés dans les actes de la vie quotidienne afin de les interroger en assez grand nombre dans l'enquête ménage et, d'autre part, d'estimer les difficultés dans les actes de la vie quotidienne au niveau départemental ;
- une enquête auprès des ménages échantillonnés parmi les répondants à l'enquête « filtre », suivie d'une enquête auprès des aidants informels des personnes répondantes ;
- une enquête en établissement suivie d'une enquête auprès des aidants informels des personnes répondantes.

L'enquête VQS a été réalisée en France métropolitaine et dans les DROM en 2021, la collecte se poursuivant en 2022 pour Mayotte. Elle vise à identifier le nombre de personnes rencontrant des difficultés dans les actes de la vie quotidienne, en vue d'établir des comparaisons détaillées sur tout le territoire français, et à étudier les disparités entre les départements en termes de handicap et de perte d'autonomie. ■

Enquête auprès des établissements et services pour adultes et familles en difficulté sociale (ES-DS)

La DREES élabore tous les quatre ans une enquête auprès des centres d'hébergement (hébergement généraliste ou relevant du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés) et des établissements de logement adapté (foyers de jeunes travailleurs, foyers de travailleurs migrants, résidences sociales). Son objectif est de dresser un bilan de l'activité de ces établissements, de décrire les principales caractéristiques de leur personnel ainsi que le profil des personnes qui y sont hébergées ou logées, et de celles qui en sont sorties.

L'enquête ES-DS 2020-2021 s'est déroulée de janvier à août 2021. Par rapport aux éditions précédentes, le champ de l'enquête a été étendu à l'hébergement avec aide médicale, tandis que la couverture des établissements relevant du dispositif national d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés a été améliorée. Davantage d'informations ont ainsi été collectées sur les personnes hébergées, sur les places d'urgence ainsi que sur le personnel travaillant dans le champ du logement adapté.

Cette enquête va permettre de connaître le nombre de personnes hébergées ou logées en logement adapté début 2021, ainsi que leurs caractéristiques et leurs trajectoires d'hébergement ou de logement. ■

> Premiers résultats

Hospitalisation : des restes à charge plus élevés en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie

Pour la première fois, la DREES a caractérisé les restes à charge hospitaliers pour l'ensemble des disciplines hospitalières, à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) de 2016. À l'hôpital, les restes à charge après assurance maladie obligatoire (RAC AMO) sont les plus faibles en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et en hospitalisation à domicile (HAD). Dans le secteur public, ils sont en moyenne de 290 euros par an et par patient en MCO et en HAD, alors qu'ils atteignent 680 euros en moyenne en soins de suite et de réadaptation (SSR), et 620 euros en psychiatrie. En pourcentage de la dépense, les restes à charge du secteur public sont moins élevés que ceux du secteur privé (5 % contre 8 %). Ils sont pour l'essentiel composés du ticket modérateur en MCO et HAD, et du forfait journalier en psychiatrie et en SSR. Malgré les dispositifs d'exonération du ticket modérateur, certains patients ont des RAC extrêmes : près d'un patient hospitalisé dans le secteur public sur dix présente un RAC AMO de plus de 1 000 euros. Certains RAC AMO sont notamment élevés en psychiatrie et en SSR, où les séjours longs à temps complet sont particulièrement fréquents, parce que les cas d'exonération du forfait journalier sont moins nombreux et que ce dernier n'est pas plafonné. ■

> **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021, janvier). 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.

Affections de longue durée : un dispositif permettant une redistribution horizontale envers les personnes les plus malades

La base simplifiée des dépenses de santé et des restes à charge produite par la DREES a permis de comparer les restes à charge individuels des assurés en affection de longue durée (ALD) et des autres assurés, sur les données 2017. Ainsi, bien que les dépenses de santé des premiers soient en moyenne près de sept fois plus élevées que celles des seconds, la part du reste à charge après assurance maladie obligatoire (AMO) des patients en ALD est en moyenne quatre fois moindre que celle des autres patients (9 % de la dépense individuelle contre 33 %). Aussi, chez les patients âgés, le montant du reste à charge après AMO des assurés en ALD est comparable à celui des autres patients. Tous ces éléments montrent ainsi que le dispositif ALD permet une forte redistribution horizontale envers les personnes les plus malades. ■

> **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021, mai). Hospitalisation : des restes à charge après assurance maladie obligatoire plus élevés en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie. DREES, *Études et Résultats*, 1192.

La santé perçue ressort plus dégradée dans les DROM qu'en France métropolitaine

L'enquête santé européenne est dorénavant réalisée tous les six ans dans l'ensemble des pays de l'Union européenne. L'année 2019 correspond à la troisième édition de cette enquête. En France, elle a été conduite en France métropolitaine et pour la première fois dans les cinq départements et régions d'outre-mer (DROM).

La santé perçue ressort plus dégradée dans les DROM qu'en France métropolitaine : si 8 % de la population en métropole âgée de 15 ans ou plus se déclare en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé, c'est le cas de 14 % de la population en Guadeloupe, Martinique et Guyane, de 11 % à La Réunion et de 21 % à Mayotte. En ce qui concerne les jeunes, il apparaît une prévalence plus élevée de symptômes dépressifs à Mayotte (23 % des 15-29 ans) et en Guyane (22 %), contre 10 % en France métropolitaine. ■

> **Leduc, A., Deroyon, T., Rochereau, T., Renaud, A.** (2021, avril). Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 78.



4

L'OBSERVATION DES SOLIDARITÉS

Dans le domaine de la solidarité, la DREES a poursuivi son programme d'enquêtes avec la collecte du dispositif Autonomie ou encore les enquêtes sur les modes de garde d'enfants et sur les assistants familiaux. S'agissant des sources administratives, l'année 2021 a été celle des premières remontées individuelles sur les bénéficiaires du RSA, et de l'investissement dans la source Fidéli enrichie des thématiques autonomie et épargne retraite. Côté diffusion, outre de nombreuses études et données, la DREES a également mis à disposition le code de certains outils de microsimulation.



Retraites

La DREES analyse la situation des personnes âgées ou en perte d'autonomie, à partir notamment des données de l'enquête Motivations de départ à la retraite et de celles de l'enquête annuelle sur l'action sociale départementale, qui permet, entre autres, de mesurer la part de l'espérance de vie passée en tant que bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Profiter le plus longtemps possible de la retraite est une des motivations principales de départ

Selon les personnes parties à la retraite entre mi-2019 et mi-2020, l'âge idéal de départ est en moyenne de 61 ans, en hausse de cinq mois par rapport aux enquêtes réalisées en 2014 et 2017. Profiter de sa retraite le plus longtemps possible, atteindre l'âge légal d'ouverture des droits et bénéficier du taux plein sont les motivations de départ le plus souvent citées. Pour les nouveaux retraités qui ont prolongé leur carrière, l'intérêt de l'emploi occupé, le souhait de conserver son salaire et celui d'augmenter le montant de sa retraite ont, chacun, joué dans deux tiers des cas.

La connaissance du système de retraite varie fortement suivant les dispositifs. 74 % des nouveaux retraités déclarent connaître la notion de taux plein ; en revanche, la décote

et la surcote, ou encore la retraite progressive, restent assez méconnues : respectivement 33 %, 42 % et 40 % des personnes interrogées disent n'en avoir jamais entendu parler. Enfin, 56 % des nouveaux retraités se disent aussi satisfaits à la retraite qu'avant leur départ. ■

Bibliographie :

> Arnaud, F., Ferret, A., Nortier-Ribordy, F., et al. (2021, décembre). Pour huit Français sur dix, profiter le plus longtemps possible de la retraite reste la principale motivation de départ. DREES, *Études et Résultats*, 1216.

> Données complémentaires sur les motivations de départ à la retraite et la connaissance des dispositifs par caractéristique disponibles dans l'espace Open Data.

La part de l'espérance de vie passée en tant que bénéficiaire de l'APA diminue depuis 2010

Fin 2019, une personne de 60 ans a une espérance de vie de 25,6 années parmi lesquelles, en moyenne, 2,4 années sont passées en tant que bénéficiaire de l'APA. L'espérance de vie passée dans l'APA est plus longue dans un état de dépendance modérée (1,5 année en GIR¹ 3 ou 4) que sévère (0,9 année en GIR 1 ou 2). Elle est aussi plus élevée en tant que bénéficiaire de l'APA à domicile (1,4 année contre 1 année en établissement). Bien que l'espérance de vie totale à 60 ans augmente, l'espérance de vie dans l'APA diminue régulièrement depuis 2010 (-2,7 %), traduisant un recours à cette prestation en baisse à âge donné. La part de

la durée de vie après 60 ans passée en tant que bénéficiaire de l'APA varie ainsi de 10,1 % fin 2010 à 9,5 % fin 2019. La baisse est plus marquée en GIR 1 et 2 (-5 %) et à domicile (-4,5 %). Seule l'espérance de vie en GIR 3 et 4 en établissement augmente, au même rythme que l'espérance de vie totale. ■

Bibliographie :

> Aubert, P. (2021, octobre). Allocation personnalisée d'autonomie : la part de l'espérance de vie passée en tant que bénéficiaire diminue depuis 2010. DREES, *Études et Résultats*, 1212.

¹ Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Le 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. Seules les personnes évaluées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA.



► Famille, enfance, jeunesse

La DREES s'attache à mobiliser toutes les sources pertinentes de la statistique publique pour éclairer la situation des proches aidants. Elle a réalisé par ailleurs un panorama inédit des conditions de vie des enfants vivant en territoire rural, en s'appuyant sur plusieurs sources de l'Insee et de la DREES, et a expliqué les opinions des familiales monoparentales sur les politiques sociales grâce au Baromètre d'opinion de la DREES.

Aider son parent âgé en ayant des enfants à charge : quelle est la situation de cette « génération pivot » ?

Corollaire du vieillissement démographique, la question des capacités de prise en charge des personnes âgées et des personnes dépendantes toujours plus nombreuses se pose de manière accrue.

Dans ce contexte, l'aide apportée par la famille et l'entourage aux seniors vivant à leur domicile revêt une grande importance.

Analyser le profil de 725 000 proches aidants

Parmi les 3,9 millions de proches aidants d'une personne âgée identifiés en France métropolitaine en 2015, plus de la moitié sont des enfants s'occupant d'un de leurs parents devenu âgé ou dépendant. Or, en parallèle, l'allongement de

la durée des études et l'élévation de l'âge au premier emploi ont tendance à retarder l'accès à l'autonomie des jeunes. À partir des données des enquêtes Capacité, Aide et RE-sources (CARE), la DREES a décrit dans sa collection *Les Dossiers de la DREES* les caractéristiques et les situations vécues par les 725 000 personnes soutenant un de leurs parents de 60 ans ou plus vivant encore à son domicile et qui, de façon concomitante, ont encore des enfants à charge. ■

Bibliographie :

> Bellidenty, J., Radé, É. (2021, octobre). Aider son parent âgé en ayant des enfants à charge - Quelle est la situation de cette « génération pivot » ? DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 83.

UN PLAN D'ACTION POUR AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DES AIDANTS

La DREES a engagé en 2021 un projet partenarial avec l'Institut des politiques publiques (IPP) intitulé « Les proches aidants : typologie, diversité des situations et des impacts ». Ce projet vise à éclairer au mieux la situation socio-économique et de santé des proches aidants, en identifiant parmi ceux-ci les personnes les plus à risque du fait de l'aide apportée, et pour lesquelles l'intervention publique devrait être renforcée. Les premières étapes du projet consistent

d'abord à identifier les enquêtes de la statistique publique mobilisables sur le sujet des aidants, en incluant celles qui ne sont pas spécialisées sur ce thème, puis à réaliser une typologie des proches aidants de personnes vivant à domicile qui rende compte de la diversité des situations d'aide, selon notamment le profil des aidants et des aidés, les liens qui les unissent, la nature des besoins et l'implication des aidants. ■

> Le projet est présenté sur le site internet de la DREES.

Grandir dans un territoire rural : quelles différences par rapport aux espaces urbains ?

En 2018, en France métropolitaine, un enfant sur trois vit en territoire rural. Ces enfants résident plus souvent avec leurs deux parents dans une famille « traditionnelle » que ceux des espaces urbains. Ils vivent moins souvent que les enfants urbains dans des familles pauvres (13 % contre 23 %) ou très aisées. Il y a en effet, dans les territoires ruraux, moins de familles monoparentales ou nombreuses, des parents plus souvent en emploi mais moins fréquemment dans les catégories sociales les plus favorisées, et moins de logements sociaux.

Des conditions de logement plus favorables, mais des services et des équipements plus éloignés

Les enfants ruraux présentent des conditions de logement plus favorables : neuf sur dix ont leur propre chambre et vivent dans une maison avec un espace extérieur (jardin, terrain, cour), contre respectivement sept sur dix et cinq

sur dix en milieu urbain. En revanche, ils vivent plus loin des services et des équipements. Ils disposent, par exemple, en moyenne de huit places en crèche à moins de 15 minutes pour cent enfants de moins de 3 ans, contre vingt-six en milieu urbain. Leur temps d'accès aux professionnels de santé, en particulier aux spécialistes, est également plus long que celui des enfants urbains. Ils résident en moyenne à 25 minutes en voiture d'un pédiatre, contre 7 minutes en milieu urbain. Ils sont aussi plus éloignés de certains équipements culturels (cinémas, musées) et sportifs. ■

Bibliographie :

- > Viot, P. (2021, mars). Grandir dans un territoire rural : quelles différences de conditions de vie par rapport aux espaces urbains ? DREES, *Études et Résultats*, 1189.
- > Données complémentaires sur l'offre d'accueil du jeune enfant disponibles dans l'espace Open Data

Des familles monoparentales particulièrement exposées aux situations de précarité

Les familles monoparentales, constituées d'un parent vivant seul avec ses enfants, comptent pour environ un quart des familles avec enfant(s). Particulièrement exposées aux situations de précarité et de pauvreté, elles sont plus nombreuses que les autres ménages à avoir une vision pessimiste de leur situation actuelle, de leur avenir et de la société.

Les familles monoparentales dépendent davantage des prestations sociales

Les familles monoparentales expriment le besoin d'un haut niveau d'aides sociales. Cette opinion peut s'expliquer par leur plus grande exposition à la précarité et, en conséquence, par une dépendance plus élevée aux prestations sociales par rapport aux autres familles (couples avec enfants, sans enfants ou personnes seules). Ainsi, 62 % d'entre elles considèrent qu'elles auraient besoin d'être davantage aidées contre 51 % des parents en couple. Elles sont plus souvent en faveur d'une hausse du smic et du revenu de solidarité active (RSA), et sont également plus souvent opposées à des baisses de niveau des prestations, même en contrepartie de baisses d'impôt. Seules 20 % d'entre elles accepteraient une baisse des allocations familiales ou des allocations logement en contrepartie d'une réduction de leurs impôts ou de leurs cotisations, contre près de 30 % des autres configurations familiales.

Une attente forte de soutien à la parentalité

Concernant la politique familiale, l'opinion des familles monoparentales ne se distingue pas de celle des autres familles (couples avec ou sans enfant) sur son objectif prioritaire. Cet objectif devrait être, pour près de quatre familles sur dix, une meilleure conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. En revanche, elles sont davantage favorables au versement des allocations familiales dès le premier enfant, avec un montant identique quel que soit le rang de l'enfant. Concernant l'aide à la parentalité, les familles monoparentales souhaitent plus souvent recevoir un soutien que les parents en couple, par exemple en cas de conflits familiaux et/ou de rupture, dans les relations avec l'école et dans l'éducation, à travers des conseils sur ce qu'il faudrait interdire ou permettre à leurs enfants. Quel que soit le domaine d'aide souhaitée et qu'il soit en couple ou non, au moins un parent sur deux préfère un accompagnement sous la forme d'entretiens individuels avec des professionnels. ■

Bibliographie :

- > Pirus, C. (2021, avril). Opinion des familles monoparentales sur les politiques sociales : un sentiment de vulnérabilité et une attente forte de soutien à la parentalité. DREES, *Études et Résultats*, 1190.



► Handicap

De la même manière que le handicap ne doit pas seulement être l'objet d'une politique spécifique, mais doit être intégré à chaque politique publique, l'observation statistique des conditions de vie des personnes handicapées ne s'arrête pas à des enquêtes dédiées, et a vocation à être enrichie par l'ensemble des enquêtes statistiques.

Mieux connaître les conditions de vie des personnes handicapées

Une avancée majeure : l'insertion du GALI dans un nombre croissant d'enquêtes

Depuis le début des années 2000, la DREES participe à la construction, la discussion et la diffusion d'un indicateur synthétique pour repérer le handicap dans le plus grand nombre possible d'enquêtes quantitatives, en France et plus largement en Europe. GALI (Global Activity Limitation Indicator, ou indicateur global de restriction d'activité) prend la forme d'une question : « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? » On considère comme étant handicapées, au sens où elles ont de fortes restrictions d'activité, les personnes répondant « oui, fortement » à cette question. L'indicateur GALI est utilisé, en particulier, dans les enquêtes généralistes menées chaque année par l'Insee telles que l'enquête Emploi ou l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV). Il permet donc d'analyser les différences entre personnes handicapées et personnes non handicapées au regard de toutes les thématiques illustrées par ces enquêtes.

Les personnes handicapées sont plus pauvres en conditions de vie et se sentent plus isolées

Selon l'enquête SRCV, en 2018, 4,9 millions de personnes âgées de 16 ans ou plus résidant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire se déclarent fortement limitées, en raison d'un problème de santé et depuis plus de six mois, dans les activités que les gens font habituellement. Ainsi, 9 % de la population (hors enfants de 15 ans

ou moins) est considérée comme handicapée au sens de l'indicateur GALI.

Les personnes handicapées de moins de 65 ans ont un niveau de vie inférieur à celui de l'ensemble de la population. Elles sont près de deux fois plus nombreuses à vivre dans un ménage pauvre en conditions de vie, le plus souvent confronté à des insuffisances de ressources et à des restrictions de consommation. Les personnes handicapées de moins de 65 ans sont plus souvent isolées de leur famille et de leurs amis que l'ensemble de la population. Quel que soit leur âge, les personnes handicapées expriment davantage un sentiment de solitude, qu'elles soient isolées de leur famille, de leurs amis ou qu'elles ne le soient pas. Elles se déclarent également dans l'ensemble globalement moins satisfaites de leur vie, en particulier dans le domaine des loisirs. Elles rapportent ainsi davantage d'émotions négatives que l'ensemble de la population. 26 % d'entre elles se disent par exemple pessimistes ou découragées, et 19 % se déclarent déprimées, contre respectivement 11 % et 7 % de l'ensemble de la population. Elles sont enfin plus nombreuses à ne pas se sentir intégrées à la société. ■

Bibliographie :

- > Dauphin, L., Eideliman, J.-S. (2021, février). Élargir les sources d'étude quantitative de la population handicapée : que vaut l'indicateur « GALI » ? DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 74.
- > Baradji, E., Dauphin, L., Eideliman, J.-S. (2021, février). Comment vivent les personnes handicapées - Les conditions de vie des personnes déclarant de fortes restrictions d'activité. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 75.

Prestation de compensation du handicap : typologie des aides perçues et des bénéficiaires

En décembre 2015, 183 000 personnes ont reçu une aide financière au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH). Elles représentent près de 70 % des 271 000 personnes ayant un droit ouvert à la PCH en France à cette date.

La PCH finance principalement de l'aide humaine

Si la PCH couvre plusieurs types d'aide, elle est principalement attribuée pour financer de l'aide humaine : c'est le cas pour neuf bénéficiaires payés sur dix, soit 92 % des montants versés. Le recours à un aidant familial est majoritaire, en particulier pour les plus jeunes. Les bénéficiaires âgés de 50 ans ou plus ont, quant à eux, relativement plus souvent recours à un prestataire. En moyenne, 690 euros d'aide humaine par bénéficiaire ont été versés pour le mois de décembre 2015. Si près de la moitié des dépenses de PCH sont consacrées aux personnes de 50 ans ou plus, les bénéficiaires les plus jeunes se distinguent par des montants perçus en moyenne plus élevés – aussi bien pour l'aide humaine que pour l'aménagement du véhicule et du logement et les aides techniques –, ainsi que par un cumul plus fréquent des différentes formes d'aide.



Davantage de bénéficiaires de la PCH dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville

Fin 2015, un bénéficiaire de la PCH sur dix réside dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV), une proportion plus élevée que dans l'ensemble de la population (7,6 %). Les QPV se caractérisent par une population de bénéficiaires plus jeunes que dans le reste du territoire. Les bénéficiaires en QPV ayant reçu un paiement au titre de la PCH ont plus souvent perçu un versement pour une aide humaine. Le recours à un ou à plusieurs aidants familiaux y est plus fréquent que sur le reste du territoire. Ils ont en moyenne reçu un montant inférieur à celui perçu par les habitants des autres territoires. ■

Bibliographie :

- > Baradji, É., Dauphin, L. (2021, février). Prestation de compensation du handicap : une majorité des paiements financent un aidant familial. DREES, *Études et Résultats*, 1182.
- > Baradji, É. (2021, février). Davantage de bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap dans les quartiers prioritaires de la ville. DREES, *Études et Résultats*, 1183.

LE GROUPE DES PRODUCTEURS DE DONNÉES SUR LE HANDICAP

La demande sociale pour disposer de davantage de données statistiques publiques sur le handicap, portée notamment par le Conseil national de l'information statistique (CNIS) et la Défenseure des Droits, mais aussi par le milieu associatif et de la recherche, est très forte. Si de nombreuses sources statistiques sur cette thématique sont d'ores et déjà disponibles, et si de nombreuses améliorations ont eu lieu récemment et de multiples projets sont en cours, le potentiel de données mobilisables et les voies de progrès sont encore vastes. Pour cette raison, un « groupe des producteurs de données statistiques sur le handicap et l'autonomie » s'est créé et s'est réuni régulièrement à partir de fin 2020 avec pour objectif d'améliorer l'information et la concertation entre ces divers producteurs, d'identifier et de combler les besoins d'information ou les éventuelles « zones d'ombre » restantes, d'homogénéiser les notions et les définitions utilisées et, enfin, de prévoir une communication synthétique et cohérente sur le système d'observation dans son ensemble. Ce groupe, animé par la DREES, rassemble tous les producteurs publics : aussi bien l'Insee et les services statistiques ministériels que les caisses de sécurité sociale, les associations ou les institutions académiques. Il a notamment pour objectif de formaliser un plan d'action concerté, qui sera présenté à l'automne 2022 au CNIS. Ce plan d'action visera tant l'amélioration de la production de bases de données statistiques sur le handicap, que celles des publications de résultats tirés de ces sources statistiques et de la communication plus générale sur les statistiques relatives au handicap. ■

- > Aubert, P. (2021, janvier). Handicap et autonomie : des enjeux d'inclusion... y compris dans les statistiques. *Le blog de l'Insee*.
- > Les données statistiques sur le handicap et l'autonomie, page Ressources et méthodes.

> Perte d'autonomie

Qu'elles résident en établissement ou à domicile, les personnes âgées doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement accessible et adapté. Pour éclairer cet enjeu majeur, la DREES a mesuré, grâce à un nouvel indicateur, l'accessibilité géographique aux structures médicalisées pour personnes âgées dépendantes. Elle a également analysé, via quatre études, la situation des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures médicalisées pour personnes âgées dépendantes

En 2021, un Dossier de la DREES a été consacré à l'accessibilité géographique aux établissements d'hébergement pour personnes âgées, aux résidences autonomie et aux services d'aide et d'accompagnement à domicile. Dans cette publication, elle utilise, dans le cadre de travaux menés en partenariat avec l'Institut des politiques publiques (IPP), des indicateurs dits d'« accessibilité potentielle localisée » (APL) permettant, pour la première fois, d'appréhender l'adéquation entre l'offre médico-sociale et les besoins d'accompagnement à l'échelle communale, en tenant compte, pour chaque commune, de l'offre disponible et des besoins sur son territoire, mais aussi dans les territoires environnants.

Une offre en établissements d'hébergement plus accessible en Bretagne, Pays de la Loire, Bourgogne et au sud de l'Auvergne

Les indicateurs d'APL permettent, en rapportant l'offre médico-sociale disponible à proximité de chaque commune

aux nombres de personnes âgées potentiellement utilisatrices de cette offre, de caractériser les territoires où l'offre est la plus « accessible géographiquement » (lorsque le rapport est plus favorable que la médiane nationale) et ceux où elle l'est moins (lorsque le rapport est inférieur à la médiane nationale).

L'offre en établissements d'hébergement est ainsi plus accessible en Bretagne, Pays de la Loire, Bourgogne et au sud de l'Auvergne, tandis que les trois quarts des personnes âgées de 60 ans ou plus habitent à moins de 15 minutes d'une résidence autonomie. ■

Bibliographie :

> Carrère, A. (IPP et Ined), Couvert, N., Missègue, N. (2021, décembre). Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 88.

APA à domicile : la moitié des plans incluent des aides techniques

Fin 2017, les plans notifiés par les départements aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile prévoient quasi systématiquement de l'aide humaine. Plus de la moitié des plans incluent d'autres types d'aides, comme des aides techniques ou des solutions d'accueil temporaire. Cette proportion est en hausse par rapport à 2011, où seulement quatre plans sur dix incluaient des aides non humaines.

Le recours aux aides non humaines augmente avec le niveau de dépendance

Le recours aux aides non humaines augmente avec le niveau de dépendance : 64 % des plans des individus en GIR¹ 1 (personnes les plus dépendantes) en contiennent, contre 45 % en GIR 4. Les fournitures d'hygiène et la téléalarme sont les aides techniques les plus fréquemment proposées (respectivement 25 % et 26 %). Les aides à l'accueil temporaire en établissement se développent, mais

ne restent notifiées en moyenne que dans moins d'un plan sur dix. L'utilisation d'aides humaines dans les plans d'aide à domicile est très uniforme sur l'ensemble du territoire français. À l'inverse, la notification d'aides non humaines est très disparate selon les départements : certains en prévoient pour la très grande majorité des bénéficiaires, quand d'autres n'en notifient que très rarement. ■

Bibliographie :

> Faure, E., Miron de l'Espinay, A. (2021, octobre). Allocation personnalisée d'autonomie à domicile : la moitié des plans incluent des aides techniques. DREES, *Études et Résultats*, 1214.

> Bases de données brutes de l'enquête Aide sociale – Volet Aides sociales aux personnes âgées ou handicapées.

> Base de données floutées des remontées individuelles sur les bénéficiaires de l'APA à domicile.

> Résultats par département sur les bénéficiaires payés de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile (APA) au titre de décembre 2017.

¹ Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Le 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. Seules les personnes évaluées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA.



► Pauvreté, exclusion, minima sociaux

Pour décrire les conditions de vie des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion, la DREES réalise des enquêtes auprès des bénéficiaires de revenus minima garantis (minima sociaux et prime d'activité) et des établissements et services qui accompagnent les adultes et les familles en difficulté sociale.

État de santé et conditions de logement des bénéficiaires de revenus minima garantis

Fin 2018, 29 % des bénéficiaires de revenus minima garantis se déclarent en mauvais ou en très mauvais état de santé, 58 % ont au moins une maladie chronique et 28 % sont fortement limités à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement, ce qui caractérise une situation de handicap. Leur état de santé est moins bon que celui de l'ensemble de la population. Leur bien-être psychologique est également plus dégradé : 26 % présentent un risque de dépression contre 10 % des actifs occupés.

Deux fois plus locataires que l'ensemble de la population

Concernant les conditions de logement, 22 % des bénéficiaires de revenus minima garantis ne disposent pas d'un

logement ordinaire autonome fin 2018 : 5 % ne vivent pas dans un logement ordinaire et 17 % vivent dans un logement ordinaire mais qui n'est pas le leur (ils sont logés par un tiers ou hébergés par un proche), contre 3 % de l'ensemble de la population. Ils sont également plus souvent locataires de leur logement : deux tiers des bénéficiaires sont locataires contre un tiers de l'ensemble de la population. ■

Bibliographie :

- > Calvo, M. (2021, janvier). Les conditions de logement des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 73.
- > Calvo, M. (2021, juin). Bénéficiaires de minima sociaux : un état de santé général et psychologique dégradé. DREES, *Études et Résultats*, 1194.

Hébergement et logement des personnes en difficulté sociale

Début 2017, 26 000 personnes sont hébergées en places d'urgence permanentes dans un centre. Trois personnes hébergées sur dix sont mineures, leur part a augmenté de 8 points entre 2013 et 2017. Une personne hébergée en place d'urgence permanente sur deux y est depuis au moins quatre mois et demi et une sur cinq depuis au moins quinze mois. L'ancienneté médiane a plus que doublé depuis 2013, elle était alors de deux mois.

159 000 personnes résident en logement adapté

Fin 2016, 159 000 personnes résidaient dans un logement dit « adapté » (foyers de jeunes travailleurs, foyers de

travailleurs migrants, résidences sociales). Environ un tiers des occupants présents au 1^{er} janvier 2016 ont quitté leur logement adapté durant l'année 2016. Ils sont en moyenne restés près de trois ans et demi (40 mois) dans l'établissement. ■

Bibliographie :

- > Cabannes, P.-Y., Emorine, M. (2021, mars). Hébergement d'urgence permanent : au cours des années 2010, davantage de familles et des séjours rallongés. DREES, *Études et Résultats*, 1184.
- > Cabannes, P.-Y., Chauvin, P.-A. (2021, juillet). Le logement adapté, un tremplin vers le logement ordinaire. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 81.



Protection sociale

Assurance chômage, prestations sociales et prélèvements obligatoires atténuent les variations de niveau de vie

La DREES a mesuré le rôle stabilisateur de certains transferts publics (assurance chômage, prestations familiales, prestations sociales de solidarité et certains prélèvements obligatoires) et leur contribution à la réduction de la volatilité annuelle de niveau de vie. Elle s'est appuyée pour cela sur les données de l'échantillon démographique permanent (EDP) entre 2011 et 2016.

Disposer de ressources instables engendre une incertitude qui peut s'avérer particulièrement coûteuse pour des ménages aux capacités d'épargne et d'emprunt limitées. Les transferts publics contribuent à lisser ces fluctuations de niveau de vie de deux manières : d'une part, ils assurent un minimum pour vivre et, d'autre part, leur caractère contracyclique atténue les chocs auxquels les ménages peuvent être confrontés.

Les prestations sociales : un filet de sécurité efficace pour les personnes les plus modestes

Quatre principaux résultats sont mis en avant dans cette étude. D'une part, les personnes les plus modestes présentent les niveaux de vie avant transferts les plus volatiles, qui se caractérisent par une forte dispersion de leurs variations d'une année sur l'autre. Ainsi, le niveau de vie avant transferts des 10 % des individus les plus modestes est près de quatre fois plus volatile que celui des 10 % les plus aisés. D'autre part, en moyenne, entre 2011 et 2016, les transferts publics amortissent 70 % des variations annuelles de niveau

de vie des personnes d'âge actif : environ 80 % autour du premier décile de niveau de vie après transferts et encore 20 % pour le neuvième décile.

De plus, la décomposition de ce rôle stabilisateur par type de transfert souligne la place prépondérante de l'assurance chômage, qui absorbe près de la moitié de la volatilité du niveau de vie avant transferts des personnes se situant entre le deuxième et le quatrième décile de niveau de vie. Les prestations sociales constituent également un filet de sécurité particulièrement efficace chez les personnes les plus modestes. Concernant les prélèvements, en raison d'un décalage entre les années de déclaration et de paiement sur la période d'étude, l'impôt sur le revenu et la taxe d'habitation ont plutôt tendance à accroître la volatilité des niveaux de vie chez les personnes plus aisées.

Enfin, cette étude compare, pour un même niveau de vie moyen au cours de la période 2011-2016, la volatilité du niveau de vie de divers groupes sociaux. À niveau de vie moyen identique, les transferts publics, tout particulièrement les allocations logement, réduisent nettement les disparités de volatilité annuelle de niveau de vie entre locataires et propriétaires. ■

Bibliographie :

> **Lardeux, R.** (2021, avril). Assurance chômage, prestations sociales et prélèvements obligatoires atténuent de 70 % les variations annuelles de niveau de vie des personnes d'âge actif. DREES, *Études et Résultats*, 1191.

Les dépenses de protection sociale en forte hausse en 2020

Pour la première fois en 2021, la DREES a produit les comptes de la protection sociale, de manière anticipée, moins d'un an après la fin de l'année présentée dans la publication. Ainsi, l'édition 2021 du Panorama présente les résultats des comptes de la protection sociale français pour 2020 et retrace la manière dont le système de protection social français a traversé la crise sanitaire. Trois éclairages apportent une mise en perspective internationale.

46 milliards d'euros de dépenses exceptionnelles liées à la pandémie

En 2020, face à la crise, tous les pays européens augmentent leurs dépenses de protection sociale, via des mesures d'urgence destinées à assurer la sécurité sanitaire, protéger l'économie et limiter la précarité. Par rapport à ses voisins européens, la France se caractérise notamment par une plus grande variété de mesures à destination des jeunes. En France, les dépenses de protection sociale augmentent de 7,8 %, atteignant 872 milliards d'euros (38 % du PIB).

Les prestations sociales versées au titre du chômage et de la santé sont les principaux moteurs de cette croissance. Les dépenses exceptionnelles directement liées à la pandémie sont estimées à 46 milliards d'euros en 2020, dont 27 milliards d'euros de prestations versées au titre du chômage partiel.

Les ressources de la protection sociale sont quasiment stables

En 2020, les ressources de la protection sociale sont en revanche quasiment stables (-0,1 % par rapport à 2019), les effets de la baisse d'activité sur les cotisations et les taxes affectées à la protection sociale étant compensés par la hausse des contributions de l'État. ■

Bibliographie :

> Marc, C., Mikou, M., et Portela, M. (dir.) [2021, décembre]. La protection sociale en France et en Europe en 2020 – Résultats des comptes de la protection sociale - Édition 2021. DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

Un quart des parents non gardiens solvables ne déclarent pas verser de pension alimentaire après une rupture de Pacs ou un divorce

Après un divorce ou une rupture de Pacs, un quart des parents qui n'ont pas la garde principale de leurs enfants et considérés comme solvables ne renseignent pas de pension alimentaire dans leur déclaration d'impôt sur le revenu, soit parce qu'aucune pension n'est fixée (par décision des parents ou du juge aux affaires familiales), soit du fait d'un défaut de paiement. Cette part est d'autant plus élevée que les ressources du parent qui n'a pas la garde sont faibles. Elle dépend également de la différence entre les ressources des ex-conjoints : lorsque, l'année précédant la rupture, les revenus du parent ayant la garde dépassent ceux du parent non gardien, le taux de « non-versement » atteint 37 %.

Les pensions alimentaires déclarées s'élèvent à 190 euros par mois et par enfant en moyenne

En moyenne, les parents non gardiens qui déclarent verser des pensions alimentaires renseignent un montant mensuel de 190 euros par enfant. Cette somme diminue avec le nombre d'enfants et croît avec les ressources du parent

non gardien ainsi qu'avec l'âge du plus jeune enfant du couple au moment de la rupture.

Deux parents sur trois versent un montant inférieur au barème du ministère de la Justice

En comparant le montant de pension déclaré avec celui qui résulterait d'une stricte application du barème indicatif établi, en 2010, par le ministère de la Justice, on constate que deux parents sur trois versent un montant inférieur à ce barème. Cet écart révèle une prise en compte des situations individuelles par les juges aux affaires familiales ou par les parents eux-mêmes plus précise que celle proposée par le barème. ■

Bibliographie :

> Lardeux, R., (2021, janvier). Un quart des parents non gardiens solvables ne déclarent pas verser de pension alimentaire à la suite d'une rupture de Pacs ou d'un divorce. DREES, *Études et Résultats*, 1179.



4 L'OBSERVATION DE LA SANTÉ

En 2021, le suivi de la situation sanitaire a encore mobilisé fortement la DREES, et réorienté une grande partie de ses travaux dans le domaine de la santé. La DREES a également produit des opérations statistiques et des études sur des thématiques faisant l'objet d'une demande sociale forte, comme les conditions de travail à l'hôpital, la démographie des professions de santé, l'accessibilité aux soins ou encore la couverture santé complémentaire et les restes à charge des ménages.



Établissements de santé

Davantage de contraintes liées aux conditions de travail dans le secteur hospitalier qu'ailleurs

Le dispositif d'enquêtes Conditions de travail-Risques psychosociaux (CT-RPS) de la DARES permet de disposer de points d'observation tous les trois ans des salariés du secteur hospitalier, en France métropolitaine, ainsi que de points de comparaison avec les salariés du reste de l'économie. D'après le dernier terrain de collecte entre octobre 2018 et mai 2019, l'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier que pour l'ensemble des salariés. Intensité temporelle, contraintes horaires et physiques, demandes émotionnelles et conflits de valeur sont notamment présents. L'entraide entre collègues et le sentiment d'utilité sont cependant plus favorables par comparaison avec l'ensemble des salariés.

Entre 2016 et 2019, un retour à de hauts niveaux d'exposition aux risques psychosociaux

Si certaines évolutions relatives à ces contraintes et ces risques psychosociaux étaient favorables entre 2013 et 2016,

ce n'est plus le cas entre 2016 et 2019, avec un retour à de hauts niveaux d'exposition. Dans ce contexte, l'insatisfaction vis-à-vis des moyens disponibles et de la rémunération, les craintes sur la perte de son emploi et sur sa capacité à l'exercer jusqu'à sa retraite se renforcent. Les expositions sont contrastées entre les familles professionnelles : la situation des agents d'entretien, des aides-soignants, des infirmiers et des sages-femmes est plus fréquemment défavorable que celle des autres professions. ■

Bibliographie :

> **Pisarik, J.** (2021, novembre). L'exposition à de nombreuses contraintes liées aux conditions de travail demeure, en 2019, nettement plus marquée dans le secteur hospitalier qu'ailleurs. DREES, *Études et Résultats*, 1215.

Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques

Les capacités d'accueil des 2 983 établissements de santé décomptés fin 2020 se répartissent entre hospitalisation complète (387 000 lits) et partielle (80 000 places). Entre fin 2019 et fin 2020, le nombre de lits en état d'accueillir des patients continue de reculer (-1,5 %). En revanche, le nombre de places reste dynamique (+1,7 %).

Les capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile connaissent une augmentation plus forte que les années précédentes (+10,8 %, après +6,2 % en 2019). Elles représentent ainsi 70 % des capacités de l'hospitalisation complète en court et moyen séjours (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006.

À rebours des capacités d'accueil totales en hospitalisation complète, le nombre de lits de soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue), très sollicités pendant l'épidémie de Covid-19, a augmenté de 3,6 % entre fin 2019 et fin 2020. En particulier, la capacité d'accueil en réanimation a progressé de 14,5 %. ■

Bibliographie :

> **Boisguérin, B., Delaporte A., Vacher, T.** (2021, juillet). Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile. DREES, *Études et Résultats*, 1208.



► État de santé, recours aux soins

Éclairer les inégalités sociales ou territoriales d'accès aux soins

La DREES éclaire, à travers ses travaux, les inégalités sociales ou territoriales d'accès aux soins. Elles constituent, au regard des projections démographiques des professions de santé, un enjeu important de santé publique aujourd'hui et dans les années à venir.

La part des femmes en âge de procréer éloignées d'une maternité augmente

Entre 2000 et 2017, la part des femmes en âge de procréer résidant à respectivement plus de 30 minutes et plus de 45 minutes d'une maternité augmente. Ce constat résulte de deux effets de sens contraire : la répartition des femmes en âge de procréer sur le territoire a plutôt évolué vers un rapprochement de celles-ci des maternités ; dans le même temps, de nombreuses maternités ont fermé et ce dernier effet l'emporte.

Au niveau départemental, l'accessibilité se dégrade dans le Lot, la Nièvre et le Cantal, où l'effet des fermetures de maternités est important. À l'inverse, la part des femmes éloignées des maternités se réduit en Corse et dans les Alpes-de-Haute-Provence, car elles sont plus nombreuses à résider à proximité des établissements.

Les maternités qui ferment sont plus petites et celles qui demeurent sont de taille plus importante et sont spécialisées dans la prise en charge des grossesses à risque. L'accessibilité à ces dernières est stable entre 2000 et 2017 même si, dans onze départements, les femmes en âge de procréer résident toutes à plus de 45 minutes d'une maternité de ce type.

Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres

En 2017, 31 % des personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine, soit 1,6 million de personnes, ont renoncé à des soins médicaux, d'après l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee. Une fois tenu compte des caractéristiques des

personnes interrogées (âge, sexe, diplôme, situation sur le marché du travail...), les personnes pauvres en conditions de vie ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres. En outre, dans une zone très sous-dotée en médecins généralistes, leur risque est plus de huit fois supérieur à celui du reste de la population.

Être couvert par une complémentaire santé préserve du renoncement aux soins. En particulier les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C, remplacée depuis par la complémentaire santé solidaire [CSS]) renoncent cinq fois moins que les personnes sans complémentaire santé.

Les personnes ayant des limitations à cause d'un problème de santé, en particulier les personnes en situation de handicap, renoncent davantage aux soins. Ainsi, en tenant compte des autres caractéristiques, les personnes souffrant de limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne renoncent deux fois plus aux soins que les autres. Néanmoins, alors qu'avec l'âge, la santé se dégrade, le renoncement, lui, décroît : les personnes âgées de 60 ans ou plus renoncent trois fois moins aux soins que celles âgées de 30 à 39 ans.

Les personnes en affection de longue durée (ALD), dont l'état de santé est dégradé mais qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie de leurs soins en lien avec cette pathologie, renoncent 2,5 fois moins aux soins que les autres.

Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux

Entre 2016 et 2019, l'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'améliore (respectivement +9 %, +9 % et +16 %), alors que celle des médecins se dégrade (-6 %). Toutefois, la répartition des médecins généralistes sur le territoire est plus homogène que celle des trois autres professions.

Les inégalités régionales d'accessibilité sont particulièrement importantes en ce qui concerne les infirmiers. La répartition des masseurs-kinésithérapeutes est aussi marquée par des différences régionales importantes, mais les zones concentrant les habitants les mieux dotés sont plus circonscrites – reflétant la concentration de ces professionnels dans les pôles urbains. Les sages-femmes sont, quant à elles, réparties de manière très hétérogène sur le territoire avec, d'un côté, d'importantes concentrations locales qui dépassent la logique de pôles urbains et, de l'autre, de grands espaces faiblement dotés. La répartition régionale des jeunes professionnels est globalement proche de celle des professionnels plus âgés.

Environ 3 % de la population, soit 1,7 million de personnes, cumulent des difficultés d'accès aux trois professions de premier recours simultanément : médecins généralistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes. Les trois quarts de ces personnes vivent dans des territoires ruraux. ■

Bibliographie :

> **Bergonzoni, A., Simon, M.** (2021, juillet), La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1201.

> **Lapinte, A., Legendre, B.** (2021, juillet). Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. DREES, *Études et Résultats*, 1200.

> **Legendre, B.** (2021, septembre). Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux. DREES, *Études et Résultats*, 1206.



STABILITÉ DE LA MORTALITÉ PÉRINATALE ENTRE 2014 ET 2019

En 2019, le taux de mortalité périnatale (enfants nés sans vie ou décédés au cours des 7 premiers jours de vie rapportés à l'ensemble des naissances à partir de 22 semaines d'aménorrhée) s'élève à 10,2 %, d'après les données hospitalières.

Le taux de mortinatalité (enfants nés sans vie par mort fœtale spontanée ou interruption médicale de grossesse) est de 8,5 % en 2019. Il est en légère baisse après quatre années très stables à hauteur de 8,8 %. C'est le principal composant de la mortalité périnatale, puisqu'il y contribue à hauteur de 83 %. La mortinatalité est très dépendante de l'âge gestationnel, du nombre de fœtus et de l'âge de la mère.

L'autre composante de la mortalité périnatale est la mortalité néonatale précoce (enfants nés vivants et décédés dans les 7 premiers jours de vie). En 2019 son taux s'élève à 1,7 pour 1 000 naissances vivantes. Que ce soit avant ou après la naissance, les risques de décès sont plus importants dans les DROM où le taux de mortalité périnatale atteint 13,4 enfants pour 1 000 naissances totales. ■

> Vilain, A., Fresson, J., Rey, S. (2021, juillet). Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1199.





► Professionnels de santé

Démographie et répartition des médecins : les travaux de la DREES pour éclairer le débat

Depuis une vingtaine d'années, la référence de plus en plus fréquente aux « déserts médicaux » dans les médias et le débat public traduit la préoccupation croissante de la population concernant l'accessibilité aux soins des médecins. Plusieurs travaux de la DREES permettent de dresser un constat de la situation et d'explorer des perspectives.

Une baisse de la densité de médecins de 2,2 % entre 2012 et 2021, qui devrait s'accroître dans les prochaines années

Depuis 2012, les effectifs de médecins de moins de 70 ans en activité sont globalement stables (aux environ de 215 000), la baisse du nombre de généralistes étant compensée par la hausse du nombre de spécialistes, notamment grâce à l'arrivée importante de médecins titulaires d'un diplôme étranger. La population française ayant augmenté, la densité de médecins a quant à elle diminué de 2,2 % au cours de la période, passant de 325 à 318 médecins pour 100 000 habitants. La densité de médecins est globalement plus importante dans les régions du sud de la France. La situation de la région francilienne est contrastée avec une concentration importante en spécialistes, tandis que la densité de médecins généralistes y est inférieure de 11 % à la moyenne nationale.

Dans les prochaines années, alors que le vieillissement de la population entraînera une augmentation des besoins de soins, les projections laissent augurer une diminution de l'offre médicale en médecine de ville, surtout en soins primaires. Sous des hypothèses de comportements et

de législation constants, la densité médicale diminuerait jusqu'en 2026 et ne retrouverait son niveau de 2021 qu'après 2030. Ces tendances font peser un risque sur l'accessibilité dans les zones les moins attractives.

Les incitations financières ne suffisent pas à attirer les médecins dans les zones sous-denses

La situation de la France n'est pas unique. La répartition géographique des effectifs médicaux est inégale dans tous les pays, à des degrés divers. Partout, l'accès aux services de santé est plus difficile à assurer dans certains territoires, tels que les zones rurales, notamment éloignées ou isolées, ou les zones urbaines défavorisées. Pour remédier à ces difficultés, des stratégies variées ont été déployées dans différents pays au cours des dernières décennies reposant sur quatre grands registres d'intervention :

- **les incitations financières** ont été souvent les premières mesures mises en œuvre pour tenter de corriger les déséquilibres géographiques et sont un des leviers les plus utilisés. Elles n'ont souvent pas eu les résultats escomptés. Notamment, les dispositifs de soutien financier aux étudiants en contrepartie d'engagements de service permettent en général d'accroître l'offre à court terme mais avec des résultats contrastés à plus long terme ;
- **l'augmentation des capacités de formation** est une condition nécessaire lorsqu'il y a un manque global d'effectifs, mais elle ne suffit pas seule à corriger les déséquilibres géographiques. L'influence de l'origine géographique et sociale des médecins sur les choix d'installation suggère d'actionner des leviers pour **accroître la diversité des recrutements** ;

- certains pays **régulent le choix d'installation** des médecins nouvellement formés ou des médecins étrangers s'installant dans le pays. Ces exemples suggèrent l'impact positif d'une politique de régulation des installations sur l'équité de la distribution géographique appréciée au niveau régional. L'effet sur les pénuries localisées, à un niveau plus fin que la région, est moins clair ;
- enfin, des mesures de **soutien aux professionnels en place**, visant à favoriser l'exercice dans ces zones sous-denses ont également été mises en place : organisation ou financement de remplaçants, facilités pour la formation, aménagement des conditions de travail. Il y a toutefois peu d'évaluations des effets de ces mesures.

Globalement, l'expérience internationale montre l'efficacité limitée de mesures isolées, et l'on constate dans plusieurs pays une évolution vers des stratégies plus globales, combinant différents leviers.

Médecins en maisons de santé pluriprofessionnelles : des revenus en hausse et des effets prometteurs pour l'accès aux soins

En France, des mesures visant à remédier aux pénuries localisées des médecins sont déjà mises en œuvre. En particulier, des mesures incitent à la création de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dans les zones sous-denses, l'exercice groupé permettant aux professionnels de mutualiser certains frais de fonctionnement et d'améliorer leurs conditions de travail. Ainsi, près de la moitié des médecins généralistes en zone sous-dense envisagent de travailler dans de telles structures face aux perspectives de pénurie médicale.

Entre 2008 et 2020, 1 300 MSP ont été créées en France ; elles sont très majoritairement implantées dans les territoires médicalement défavorisés. Le profil des médecins généralistes y exerçant est aussi particulier. Ainsi, ceux qui ont rejoint une MSP entre 2008 et 2014 étaient un peu plus

jeunes en moyenne que leurs homologues et exerçaient plus fréquemment une activité salariée en sus de leur activité libérale.

Au cours de la période 2008-2014, les revenus des médecins généralistes ayant choisi d'exercer dans une MSP progressent plus rapidement que ceux de leurs confrères. Cela s'explique notamment par une augmentation plus rapide de la taille de leur file active et donc des rémunérations forfaitaires qui y sont associées. Pour autant, l'évolution du nombre de leurs consultations et de leurs visites n'apparaît pas significativement différente. La capacité des médecins en MSP à accroître leur patientèle sans augmenter le nombre d'actes dispensés peut s'interpréter comme un effet direct de la coordination entre professionnels de la MSP. Compte tenu de l'implantation géographique des MSP, plutôt en zone faiblement dotée en médecins généralistes, cette hausse de la taille de la patientèle peut également s'interpréter comme une amélioration de l'accès aux soins.

Par ailleurs, cette croissance plus rapide de la patientèle pour les médecins exerçant en MSP ne semble pas avoir été réalisée au détriment de la qualité évaluée au sens de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). ■

Bibliographie :

> **Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., Chaput, H.** (2021, mars). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? – Constat et projections démographiques. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 76.

> **Cassou, M., Mousquès, J., Franc, C.** (2021, mai). Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. DREES, *Études et Résultats*, 1193.

> **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.

> **Polton, D., Chaput, H., Portela, M. Laffeter, Q., Millien, C.** (2021, décembre). Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques – Les leçons de la littérature internationale. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 89.





➤ Dépenses de santé

Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011

Pour mesurer le niveau de prise en charge des contrats de complémentaire santé souscrits par la population, la DREES a développé un score, compris entre 0 et 1, qui s'interprète comme le taux de remboursement moyen du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) par les contrats, sur un certain panier de soins.

L'augmentation du niveau de prise en charge est surtout due à la hausse des garanties souscrites

Entre 2011 et 2016, le niveau de score des contrats a augmenté de 11 %, en passant de 0,60 à 0,67 en moyenne. La hausse est beaucoup plus marquée pour les bénéficiaires de contrats individuels (+17,2 %) que pour ceux de contrats collectifs (+2,6 %). Elle s'explique surtout par l'augmentation des garanties souscrites à tout âge. Même si les seniors souscrivent des contrats plus couvrants, le vieillissement de la population contribue peu à cette hausse. Elle peut aussi être la conséquence des évolutions législatives intervenues au cours de la période : la réforme des contrats responsables, mise en place en 2015, avec notamment le remboursement intégral du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier, a permis de remonter le niveau des garanties

des contrats les moins couvrants, en particulier celui des contrats individuels.

Les dépenses de santé sont moins bien prises en charge lorsque l'âge des bénéficiaires augmente. En effet, les seniors souscrivent des contrats proposant un niveau de garanties supérieur aux plus jeunes, mais cela ne compense cependant pas le niveau de risque supérieur auquel ils sont exposés.

Les soins dentaires et l'optique expliquent le plus les différences de prise en charge entre contrats

Parmi l'ensemble des garanties, l'optique simple, l'optique complexe et les soins prothétiques dentaires sont celles qui expliquent le plus les écarts de prise en charge des contrats en 2016. Les cotisations augmentent avec l'âge pour les contrats individuels, et avec le niveau de garantie pour les contrats individuels et collectifs. Elles sont cependant plus faibles pour les contrats collectifs à niveau de prise en charge comparable. ■

Bibliographie :

> Loiseau, R. (2021 juillet). Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011. DREES, *Études et Résultats*, 1198.

LA CONTRIBUTION DE LA DREES AUX ÉVALUATIONS DE L'ARTICLE 51

En 2021, la DREES a poursuivi sa collaboration avec la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) au sein de la cellule d'évaluation de l'article 51. Cet article de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 autorise l'expérimentation de nouvelles organisations et de nouveaux financements du système de soins, afin d'améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence

des prescriptions. Chaque expérimentation est soumise à une évaluation par une structure indépendante. Le rôle de la cellule d'évaluation est de piloter ces évaluations, de garantir leur qualité, et d'en tirer des réflexions sur une généralisation possible. Sur la centaine d'expérimentations actuellement autorisées, plus de 60 protocoles d'évaluation sont déjà validés, et 18 rapports intermédiaires et finaux sont en cours de validation. ■

Les effets de la crise sanitaire sur la consommation de soins de santé et sur son financement

L'ouvrage *Les dépenses de santé en 2020 - Édition 2021* retrace les effets de la crise sanitaire sur le système de santé en France en 2020. Il présente de manière détaillée l'évolution de la consommation de soins de santé en France et de son financement, les mesures prises dans le cadre de la crise sanitaire et les premiers effets de la réforme du « 100 % santé » mise en œuvre progressivement dans les secteurs de l'optique, des prothèses dentaires et des aides auditives.

La crise sanitaire limite à 0,4 % la hausse de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en valeur en 2020, soit la plus faible progression observée depuis 1950. La CSBM s'élève à 209 milliards d'euros en 2020 et représente ainsi en moyenne 3 109 euros par habitant.

Une consommation de soins et de biens médicaux en baisse mais soutenue par trois secteurs

La consommation baisse en 2020 dans la plupart des secteurs du fait de la chute d'activité entraînée par les mesures sanitaires de restriction des déplacements, mais elle est soutenue par trois secteurs. Les dépenses de soins hospitaliers publics sont tirées par la croissance de la rémunération des personnels (heures supplémentaires, primes exceptionnelles, Ségur de la santé) malgré une baisse du volume de soins liée aux déprogrammations de soins lors de la première vague épidémique. La campagne de dépistage du Covid-19 soutient les dépenses des laboratoires

d'analyses (+37 %) ainsi que les soins infirmiers (+7,2 %), du fait de la demande de prélèvements nasopharyngés pour les dépistages antigéniques et PCR.

La dépense courante de santé progresse de 4,6 %

La crise sanitaire a induit une recomposition importante de la structure de la CSBM et, partant, de son financement. Les dépenses supplémentaires qu'elle a engendrées sont majoritairement financées par la Sécurité sociale, dont la prise en charge atteint 80 %. En contrepartie, la participation financière des ménages diminue fortement pour atteindre 6,5 % de la CSBM, soit en moyenne près de 200 euros par habitant. Parmi les 28 pays de l'Union européenne, la France demeure celui où le reste à charge des ménages en santé est le plus faible.

Malgré la quasi-stabilité de la CSBM, la dépense courante de santé au sens international (DCSi), qui inclut les dépenses du secteur médico-social et celles de prévention, progresse de 4,6 %, principalement en raison des dépenses exceptionnelles liées à la gestion de la crise sanitaire, notamment les achats de masques. ■

Bibliographie :

> Gonzalez, L., Lefebvre, G. (dir.), et al (2021, septembre). Les dépenses de santé en 2020 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2021. DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

Les prestations santé versées par les organismes complémentaires sont en nette baisse en 2020

La DREES publie chaque année un rapport à destination du Parlement sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Il analyse les principaux aspects de l'activité d'assurance santé de ces organismes : cotisations collectées, prestations reversées, charges de gestion, rentabilité, solvabilité financière globale et démographie.

Les effets de la crise sanitaire sur l'activité d'assurance santé

En 2020, année marquée par la crise de Covid-19, les prestations versées par les organismes complémentaires hors provisions pour sinistres diminuent de 7,9 % (de 30,3 Md€ en 2019 à 27,9 Md€). Cette baisse est liée au ralentissement historique de l'ensemble de la consommation de soins et

biens médicaux (CSBM) en 2020, du fait des mesures de restriction sanitaire. Si on inclut les variations de provisions pour sinistres, constituées en vue du versement de la contribution exceptionnelle liée à l'épidémie de Covid-19, la baisse se limite à 1,8 %.

Les cotisations en santé diminuent également en 2020 de 0,3 % (38,2 Md€ en 2020) notamment en raison de la montée en charge de la réforme de la complémentaire santé solidaire (CSS) et de la dégradation du marché du travail consécutive à la pandémie de Covid-19. ■

Bibliographie :

> De Williencourt, C. (2022, février). Rapport 2021 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. DREES.



6 REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES

Éclairer l'action publique par des publications et des séminaires exigeants

La Revue française des affaires sociales (RFAS) est la revue scientifique du ministère des Solidarités et de la Santé et couvre à ce titre un vaste champ : santé publique, organisation des soins, protection sociale, insertion professionnelle, action sociale, autonomie, enfance, famille, logement, ville, migrations, etc. Pluridisciplinaire, la revue a pour ambition de réunir un public diversifié de chercheurs, d'étudiants, de praticiens et de membres de l'administration. La DREES assure la direction de cette publication.

En 2021, la RFAS a continué d'assurer ses missions, malgré la poursuite de la crise sanitaire. En plus de la publication de ses quatre numéros annuels, la revue a organisé plusieurs séminaires de recherche, à distance ou en format « hybride ». Le premier avait pour thème Les bureaucraties sanitaires et sociales et s'est déroulé en trois séances du 12 janvier au 9 mars, afin de préparer l'appel à contribution du dossier du numéro 2022-2. Le deuxième séminaire a réuni le 23 mars les partenaires du portail Publisocial (caisses de sécurité sociale, associations comme le Comité d'histoire de la sécurité sociale, hauts conseils, etc.) sur le thème de la production de données probantes par les institutions de santé. Dans le prolongement du séminaire sur les enjeux des usages de la littérature grise, inaugurant le portail Publisocial en novembre 2019, la RFAS a souhaité proposer cette séance pour mieux comprendre comment les institutions, dans le domaine de la santé, produisent, comme les chercheurs,

des données qui peuvent guider les décideurs dans l'élaboration de politiques publiques.

Élargir son champ d'action et sa visibilité par des actions de communication et des partenariats

La revue a par ailleurs cherché à améliorer sa communication et sa visibilité dans le champ sanitaire et social. Elle a relancé, depuis le 1^{er} janvier 2021, sa lettre d'information mensuelle et systématisé la diffusion de ses avis de parution auprès d'équipes et de laboratoires de recherche ciblés selon les thématiques de ses dossiers, afin de créer des partenariats. Enfin, la RFAS a préparé en 2021 certains des chantiers qui verront le jour en 2022, notamment le rapprochement avec d'autres revues du champ afin de proposer des séminaires communs, ou la candidature au programme de numérisation Gallica de la Bibliothèque nationale de France. ■

Bibliographie :

- > **Arneton, M., Joselin, L., Mayol, S., Rachedi, Z. (coord.), et al.** (2021, janvier-mars). Le handicap, une caractéristique parmi d'autres. Une approche croisée du handicap au cours de la vie. La Documentation française. *Revue française des affaires sociales*. 1.
- > **Benamouzig, D., Planel, M.-P. (coord.), et al.** (2021, avril-juin). Sécurité sanitaire et réactions au Covid-19. La Documentation française. *Revue française des affaires sociales*. 2.
- > **Basson, J., Haschar-Noé, N., Honta, M. (coord.), et al.** (2021, juillet-septembre). La fabrique des inégalités sociales de santé. La Documentation française. *Revue française des affaires sociales*. 3.
- > **Gelly, M., Hivert, J., Spire, A. (coord.), et al.** (2021, octobre-décembre). Hôpital : réformes, crises et résistances. La Documentation française. *Revue française des affaires sociales*. 4.



7 MISSION RECHERCHE (MIRE)

En 2021, deux sujets clés : les technologies numériques en santé et la prévention du suicide

Par son rôle de « passeur » entre la DREES et le monde de la recherche, la Mission Recherche (MiRe) appuie le développement de collaborations et de canaux d'inspiration réciproque entre la DREES et les acteurs de la recherche dans le domaine de la santé et du social. Elle impulse aussi directement des programmes en élaborant et en finançant des appels à recherche pluriannuels.

La MiRe anime les partenariats institutionnels de la DREES en matière de recherche, en participant aux instances chargées de contribuer à la structuration et à la coordination de la recherche, comme le comité de programmation des sciences humaines et sociales à l'Agence nationale de la recherche (ANR), l'Institut de recherche en santé publique (IReSP), l'Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement (ILVV) et le Comité de recherche pour la santé. La MiRe contribue également au développement de nombreux travaux de recherche, sur des thèmes variés dans le domaine de la santé et du social. En 2021, deux ensembles de recherches ont été mis en œuvre, sur les technologies numériques en santé et la prévention du suicide.

Évaluer les effets des technologies numériques dans le champ de la santé

L'appel à recherche sur les usages des technologies numériques dans le champ de la santé, de l'autonomie (en lien avec l'âge et le handicap) et de l'accès aux droits a conduit au financement de douze projets prévus pour durer environ deux ans. Ils sont menés par des équipes multidisciplinaires constituées d'ergonomes, de juristes, de psychologues, de sociologues, d'économistes de la santé et d'experts en santé publique.

Ce programme de recherche vise à mieux comprendre les mutations de l'action publique et à appréhender la (re)spatialisation des actes médicaux ou de l'accès aux droits, fortement transformés par l'introduction des « technologies de médiation » que sont notamment la téléconsultation et les services dématérialisés. Il cherche aussi à sonder les effets de ces changements sur l'autonomie des personnes et sur les inégalités sociales de santé. Enfin, une part importante de ces travaux est consacrée à l'exploration des processus de conception de ces technologies, afin d'éclairer le rôle et les effets des infrastructures numériques (dossier médical partagé, technologies d'intelligence artificielle, etc.) notamment sur les usages, les représentations et les pratiques professionnelles.

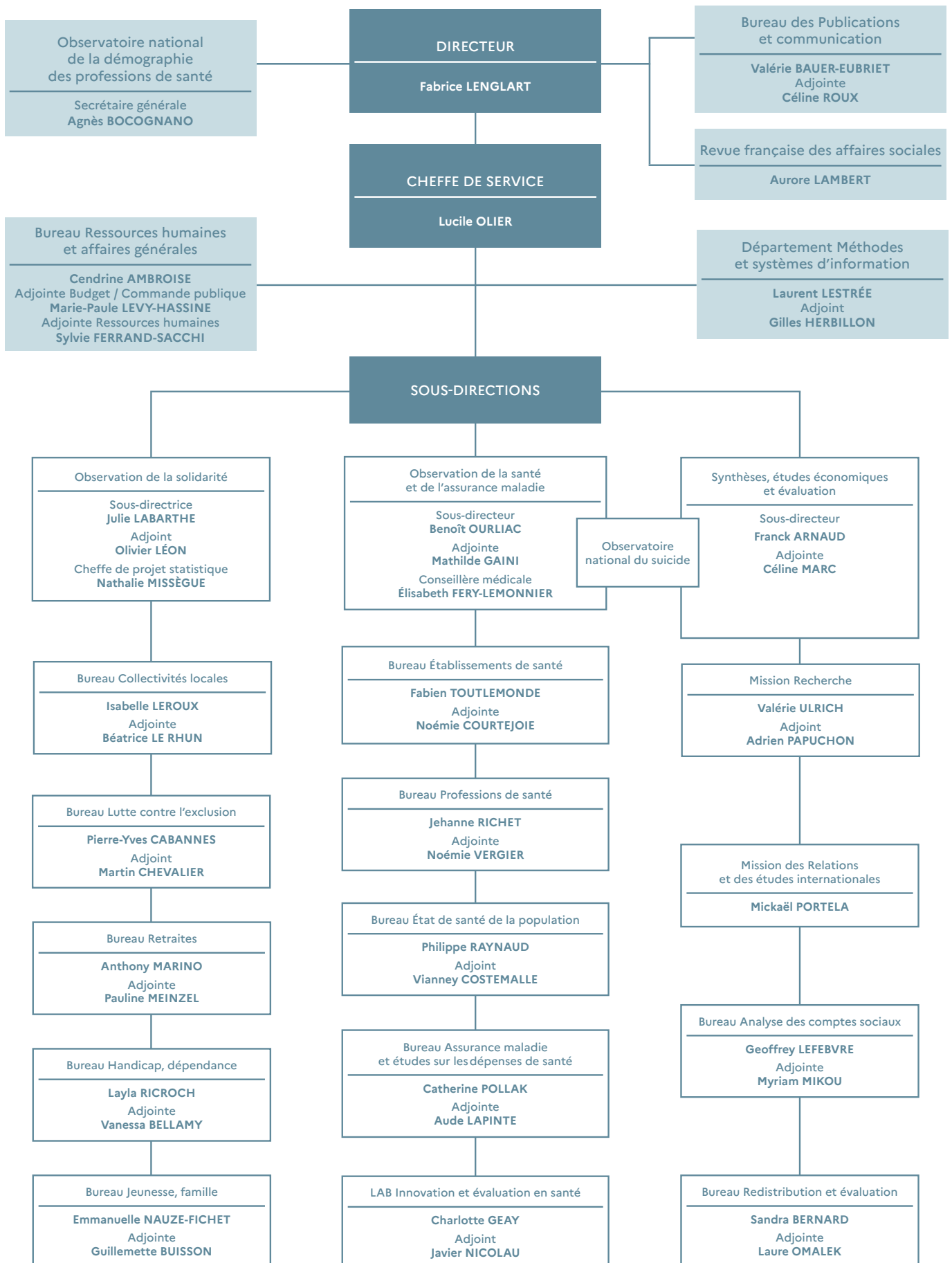
Participer à l'amélioration de la prévention du suicide

Lancé au printemps 2021, le programme « Le suicide et sa prévention » opère une jonction entre les missions d'animation et de structuration de la recherche de la MiRe et les axes de recherche prioritaires identifiés au sein de l'Observatoire national du suicide (ONS). Il a donné lieu au développement de sept recherches financées par la DREES. Certaines d'entre elles traitent de problématiques d'actualité, comme la dynamique des conduites suicidaires en lien avec la pandémie de Covid-19 ; d'autres proposent d'analyser le phénomène de suicide chez des populations jusqu'alors peu étudiées (les personnes âgées, les étudiants ou encore les habitants des départements et régions d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer).

Cet éventail de projets vise à faire avancer le niveau de connaissances sur des sujets jusqu'ici insuffisamment traités, afin notamment d'améliorer les systèmes de prévention. ■

8 ORGANIGRAMME

au 1^{er} juillet 2022



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 Céline Roux

Rédaction Franck Arnaud, Patrick Aubert, Vanessa Bellamy, Maxime Bergeat, Sandra Bernard, Valentin Berthou, Pierre-Louis Bithorel, Martin Chevalier, Vianney Costemalle, Noémie Courtejoie, Alexandra Ferret, Élisabeth Fery-Lemonnier, Mathieu Fouquet, Claude Gissot, Mathilde Gaini, Charlotte Geay, Aurore Lambert, Aude Lapinte, Raphaël Lardeux, Salomé Leblanc, Geoffrey Lefebvre, Olivier Léon, Isabelle Leroux, Anthony Marino, Nathalie Missègue, Emmanuelle Nauze-Fichet, Javier Nicolau, Lucile Olier, Laure Omalek, Benoît Ourliac, Adrien Papuchon, Catherine Pollak, Philippe Raynaud, Jehanne Richet, Layla Ricroch, Clement Rousset, Fabien Toutlemonde, Valérie Ulrich, Noémie Vergier, Annick Vilain

Secrétariat de rédaction Alexandra Fisch

Mise en ligne Chaouki Titouhi

Création graphique et mise en page NDBD

Crédits photos : Adobe Stock, ministères sociaux-Dicom-Tristan Reynaud-Sipa Press

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