



2022

RAPPORT D'ACTIVITÉ



SOMMAIRE

LE MOT DU DIRECTEUR, FABRICE LENGART.....	05
LA DREES EN BREF	06
BILAN 2022	
• Les enquêtes	08
• Les Panoramas	09
• Les publications récurrentes.....	10
• Les ouvertures de codes.....	11
• Les outils de microsimulation.....	12
AU CŒUR DE L'ACTUALITÉ	
• Éclairer les acteurs publics sur l'impact sanitaire et social de la crise liée au Covid-19	14
• Assurer le suivi statistique des professionnels du social, du médico-social et de la santé.....	16
OBSERVATION DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE MALADIE	
• « L'EDP-Santé permet de documenter de manière fine les inégalités de santé ».....	18
• L'état de santé de la population.....	19
• Les dépenses de santé et leur financement	21
• Les capacités d'accueil et l'activité des établissements de santé.....	22
• Les pratiques et conditions d'exercice des médecins généralistes.....	24
• L'analyse des causes de décès.....	25
OBSERVATION DE LA SOLIDARITÉ	
• « Un dispositif ambitieux pour mieux appréhender la situation des personnes handicapées ».....	27
• Handicap et autonomie	28
• L'aide et l'action sociales	31
• Retraite	32
• VILAS : un outil pour visualiser les indicateurs localisés sur l'action sociale	33
• Minima sociaux et prestations sociales.....	34
SYNTHÈSES, ÉTUDES ÉCONOMIQUES ET ÉVALUATION	
• « Nos outils ont permis d'estimer les effets de la réforme du mode de calcul de l'AAH »	35
• Le Baromètre d'opinion des Français sur la santé et la protection sociale	36
• Edifis : un outil pour visualiser les effets redistributifs du système socio-fiscal français	37
• Les comptes nationaux de la santé.....	38
• Les comptes de la protection sociale.....	40
• Un colloque international sur le non-recours aux prestations sociales.....	42
RECHERCHE ET OBSERVATOIRES	
• La Mission Recherche (MiRe)	44
• L'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé	46
• La <i>Revue française des affaires sociales</i>	47
L'INDÉPENDANCE DU SERVICE STATISTIQUE PUBLIC	
• Qu'est-ce que le service statistique public ? Jean-Luc Tavernier, Insee	48
• En quoi l'indépendance renforce-t-elle la qualité des données ? Lucile Olier, IGAS	48
• L'indépendance de la statistique publique, ça consiste en quoi ? Mireille Elbaum, ASP	49
LA DREES VUE PAR...	
Sébastien Delescluse, ARS Normandie.....	50
L'ORGANISATION DE LA DREES	
• Organigramme	52
• Ressources humaines.....	53
EN 2023	
Les publications récurrentes.....	54





« Collecter et analyser des données en matière de politiques sanitaires et de protection sociale au service de l'information du public »

Fabrice Lenglard
Directeur de la DREES

Ce rapport d'activité clôt une année riche, marquée par un programme de travail ambitieux. Ce programme se décide en partie au niveau européen, avec certaines opérations statistiques récurrentes coordonnées et harmonisées ; en partie au niveau national, avec la volonté des pouvoirs publics de mieux éclairer tel ou tel champ de leur action ; et en partie au niveau de la DREES, qui s'autosaisit de certains sujets importants pour l'information du public et des pouvoirs publics.

S'agissant de la production et de la mise à disposition de statistiques, la DREES a fait aboutir, en 2022, un certain nombre de travaux sur la thématique du non-recours aux prestations de solidarité, notamment au RSA et au minimum vieillesse. Nous avons également publié, pour la première fois, conjointement avec le CépiDc et Santé publique France, une analyse des causes annuelles de décès en 2020, première année du Covid-19, transmise à Eurostat.

Forte de ses connaissances chiffrées, la DREES intervient également en matière d'évaluation et conseille les pouvoirs publics. Nous avons piloté le rapport d'évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022 et formulé des recommandations pour l'élaboration de la prochaine stratégie. Nos outils de microsimulation ont permis d'éclairer les décideurs sur les effets à attendre de la déconjugalisation de l'allocation aux adultes handicapés sur le niveau de vie des personnes concernées, ou encore sur les effets de certaines mesures envisagées dans le cadre de l'élaboration de la réforme des retraites. Ce sont deux exemples, parmi d'autres, de sujets sur lesquels nous interagissons avec nos ministres de tutelle. Nous sommes par ailleurs régulièrement sollicités par les corps d'inspection et de contrôle pour éclairer certaines tendances ou phénomènes.

La DREES développe également une activité d'appui auprès des directions opérationnelles des ministères. Nous sommes intervenus en soutien de la Direction générale de la santé, de Santé publique France et de la Direction générale de l'offre de soins tout au long de la crise sanitaire. En 2022, nous avons continué d'apparier les bases de données Covid-19 portant sur les tests de dépistage, les hospitalisations et les vaccinations. Ces travaux ont permis de montrer que la vaccination était efficace pour diminuer le risque de développer des formes graves de Covid-19.

La DREES veille à favoriser la mise à disposition de jeux de données en *open data* et l'ouverture de codes, afin de permettre aux spécialistes de s'approprier et de compléter nos analyses. En plus de le faire pour nos propres travaux, nous intervenons pour promouvoir cette dynamique auprès de toutes les directions et opérateurs publics intervenant dans les domaines de la santé et des solidarités, dans le cadre de notre rôle d'administrateur ministériel des données, algorithmes et codes sources (AMDAC).

Derrière ces missions assurées par la DREES se trouvent avant tout des femmes et des hommes qui travaillent à collecter les données, à les analyser et à les mettre en valeur. Ce travail au quotidien est passionnant mais aussi exigeant. Je profite de ce rapport d'activité pour remercier chaleureusement l'ensemble des équipes pour tout ce qu'elles font afin d'informer le grand public, avec rigueur, transparence et objectivité, et également, de façon moins visible, afin de conseiller et d'éclairer les pouvoirs publics sur les choix auxquels ils font face. Ce rapport donne un aperçu de leur engagement et de la richesse de nos travaux...

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) est un service statistique ministériel

➤ 2 missions historiques



Collecte, production,
diffusion de
STATISTIQUES PUBLIQUES

en santé
et social

Appui à la conception
et à l'évaluation des
POLITIQUES PUBLIQUES



➤ Une nouvelle mission

La DREES apporte également
son expertise...



... pour développer le partage des données,
algorithmes et codes dans les champs
de la santé et du social

➤ 7 thèmes d'expertise

L'expertise de la DREES
couvre les domaines de la santé et du social



Système
de protection
sociale



Santé
et système
de soins



Retraite



Grand âge et
autonomie



Minima
sociaux et
pauvreté



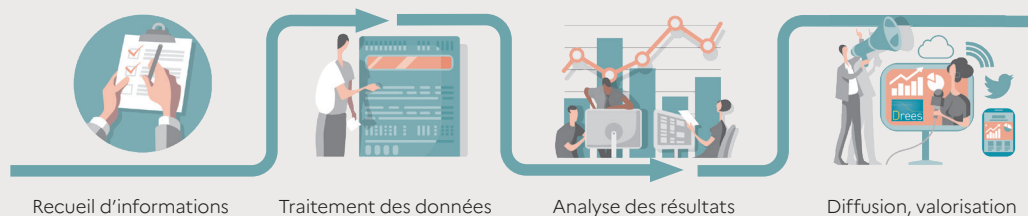
Handicap
et invalidité



Enfance,
famille
et jeunesse

► L'indépendance

La DREES exerce ses activités de manière indépendante dans toutes les étapes de la production statistique



► Les chiffres clés 2022



Les enquêtes, publications et mises à disposition de données

- 23 enquêtes sur le terrain
- 6 ouvrages
- 3 rapports
- 65 études
- 129 actualisations et mises en ligne de jeux données
- 8 nouvelles ouvertures de codes



Diffusion/valorisation

- 8 000 retombées dans les médias
- 7 000 abonnés aux publications de la DREES
- 20 000 utilisateurs de la plateforme de données data DREES
- 897 000 requêtes sur la plateforme de données data DREES

Les enquêtes menées en 2022

SANTÉ ET SYSTÈME DE SOINS

ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

- Enquête EpiCov

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Enquête annuelle sur les formations aux professions de santé (volet écoles)
- Enquête sur les formations aux professions de santé (volet étudiants)
- Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (vague 4)

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

- Statistique annuelle des établissements (SAE)

DÉPENSES DE SANTÉ

- Enquête auprès des organismes complémentaires
- Recueil des données portant sur les organismes complémentaires

SOLIDARITÉ

ENFANCE, JEUNESSE ET FAMILLE

- Enquête annuelle sur le fonds d'aide aux jeunes
- Enquête annuelle sur l'aide sociale (volets protection maternelle infantile et aide sociale à l'enfance)
- Dispositif Olinpe (observation longitudinale, individuelle et nationale en protection de l'enfance)
- Enquête auprès des établissements et services de la protection de l'enfance

RETRAITE

- Enquête annuelle auprès des caisses de retraite
- Enquête annuelle sur le minimum vieillesse
- Enquête annuelle sur la retraite supplémentaire

MINIMA SOCIAUX ET PAUVRETÉ

- Enquête annuelle sur l'aide sociale (volet mesure d'accompagnement social personnalisé)
- Enquête annuelle sur l'orientation et l'accompagnement des bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA)
- Remontées individuelles sur l'insertion des bénéficiaires du RSA
- Enquête/testing sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale d'État

PROTECTION SOCIALE

- Baromètre d'opinion de la DREES
- Enquête annuelle sur l'aide sociale (volet dépenses)

HANDICAP ET DÉPENDANCE

- Enquête annuelle sur l'aide sociale (volet personnes âgées et personnes handicapées)
- Enquête Autonomie

PROFESSIONNELS DU SOCIAL

- Enquête annuelle sur les formations aux professions sociales (volet écoles)
- Enquête sur les formations aux professions sociales (volet étudiants)
- Enquête annuelle sur l'aide sociale (volet personnels)

Les Panoramas

La collection Panoramas est une série d'ouvrages de référence publiés par la DREES dans les domaines de la santé et des solidarités. Actualisés chaque année, ils dressent un état des lieux complet sur différents sujets avec les dernières données disponibles.

PANORAMAS SOCIAL

Les retraités et les retraites

Nombre de retraités, profil, montant de leurs pensions, leur niveau de vie... cet ouvrage comporte 33 fiches thématiques exhaustives élaborées à partir des enquêtes statistiques annuelles menées par la DREES auprès des organismes de retraite et complétées par d'autres sources, produites par l'Insee ou la Dares par exemple.

Voir page 32

PANORAMAS SANTÉ

Les établissements de santé

En plus d'un inventaire des capacités d'accueil et de l'activité des établissements de santé, l'édition 2022 de cet ouvrage analyse l'impact de la crise sanitaire et des mesures mises en place dans les hôpitaux et les cliniques. La période a été marquée par la prise en charge des patients atteints de Covid-19 ainsi que par des ajustements considérables de l'offre de soins et des modes de prise en charge.

Voir page 22

PANORAMAS SANTÉ

Les dépenses de santé

Ce Panorama étudie les comptes de la santé en 2021 et les replace dans une perspective internationale. Les comptes de la santé recouvrent notamment la consommation de soins de santé en France et les financements correspondants, qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages eux-mêmes.

Voir page 38

PANORAMAS SOCIAL

Minima sociaux et prestations sociales

Cet ouvrage présente les données des différents dispositifs qui permettent d'assurer une redistribution en faveur des ménages les plus modestes. Cette édition propose notamment des études sur les conditions de vie et de logement, l'isolement social, l'emploi, l'accompagnement et l'insertion, le niveau de vie, la santé et les trajectoires des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité.

Voir page 34

PANORAMAS SOCIAL

La protection sociale en France et en Europe en 2021

Ce Panorama fournit les principaux résultats des comptes de la protection sociale dans notre pays et présente pour la première fois les dépenses de santé pour 25 pays européens en 2021. En plus de l'exercice comptable, il analyse et évalue l'évolution des mesures de politiques sociales en France et en Europe.

Voir page 40

PANORAMAS SOCIAL

L'aide et l'action sociales en France

Cet ouvrage étudie principalement les effectifs et les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide sociale départementale à l'enfance, aux personnes âgées ou handicapées, ainsi que leur insertion. Il décrit les dépenses et les personnels associés, sous l'angle des évolutions temporelles jusqu'en 2020 et des disparités territoriales. Cette édition comprend également une étude de l'action sociale des communes et des intercommunalités.

Voir page 31

Les publications récurrentes de la DREES








 Données

 Étude






 Ouvrage

SANTÉ ET SYSTÈME DE SOINS







ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

-  Nombre de tests de dépistage du Covid-19 réalisés
-  Statut vaccinal des personnes hospitalisées
-  Indicateurs de morbidité hospitalière
-  Indicateurs de santé périnatale
-  Interruptions volontaires de grossesse
-  Espérance de vie sans incapacité
-  Rapport de l'Observatoire national du suicide

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

-  Démographie des professionnels de santé
-  Rémunérations dans la fonction publique hospitalière
-  Les écoles de formation aux professions de santé
-  Indicateurs d'accessibilité potentielle localisée aux professionnels de santé
-  Effectifs des salariés hospitaliers du secteur privé et du secteur public

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

-  Les établissements de santé
-  Capacités hospitalières
-  Statistique annuelle des établissements de santé
-  Liste des maternités de France
-  Base ARES (agrégats régionaux sur les établissements de santé)
-  Lits de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue

COMPTE DE LA SANTÉ





-  Les dépenses de santé

SOLIDARITÉ




ENFANCE, JEUNESSE ET FAMILLE

-  L'offre d'accueil du jeune enfant









RETRAITE

-  Retraite supplémentaire
-  Effectifs de retraités, montants des pensions et âge de départ à la retraite
-  Les retraités et les retraites
-  Minimum vieillesse



MINIMA SOCIAUX ET PAUVRETÉ

-  Minima sociaux et prestations sociales
-  Minima sociaux (effectifs, montants...)
-  Orientation et accompagnement des bénéficiaires du RSA

PROTECTION SOCIALE

-  Baromètre d'opinion de la DREES
-  Suivi des prestations de solidarité pendant la crise sanitaire
-  Couverture des risques sociaux par les organismes complémentaires
-  Indicateurs sociaux départementaux (vagues 1 et 2)
-  Dépenses d'aides sociales départementales
-  Comptes de la protection sociale
-  L'aide et l'action sociales
-  Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires

PROFESSIONNELS DU SOCIAL

-  Personnels de l'action sociale et médico-sociale des départements
-  Formation aux professions sociales

Les ouvertures de codes

La DREES veille à développer la mise à disposition de jeux de données en *open data* et de datavisualisations afin de permettre aux spécialistes (chercheurs, acteurs de l'innovation...) de s'en saisir et de mener des travaux de recherche complémentaires.

En 2022, la DREES a poursuivi sa politique d'ouverture de codes, avec la publication des codes de huit nouvelles études, ce qui porte à 23 le nombre d'études dont les codes ont été ouverts. En plus de ses propres travaux, elle intervient

également pour favoriser cette dynamique dans les domaines de la santé et des solidarités à l'échelle de ses ministères de tutelle, dans le cadre de son rôle d'administrateur ministériel des données, algorithmes et codes sources (AMDAC).

LES CODES OUVERTS EN 2022



ÉTUDES ET RÉSULTATS

En France, les AVC sont plus fréquents, plus graves et moins souvent pris en charge en unité spécialisée pour les personnes les plus modestes



ÉTUDES ET RÉSULTATS

L'opinion des Français sur les inégalités reflète-t-elle leur position sur l'échelle des revenus ?



ÉTUDES ET RÉSULTATS

« 100 % santé » : fin 2021, un peu plus de la moitié des Français en ont entendu parler



ÉTUDES ET RÉSULTATS

Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie



ÉTUDES ET RÉSULTATS

Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021



ÉTUDES ET RÉSULTATS

Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022



ÉTUDES ET RÉSULTATS

Un médecin généraliste sur six assure lui-même son secrétariat en 2022



ÉTUDES ET RÉSULTATS

Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent des patients des grands pôles urbains en 2021

Des outils de microsimulation pour anticiper et évaluer l'impact des réformes

Dans ses différents champs d'intervention, la DREES mobilise des outils de microsimulation. En agrégeant une grande variété de données, ils permettent d'estimer l'impact des réformes. Ils constituent de précieux outils d'aide à la décision et à l'évaluation pour les ministères de tutelle de la DREES et leurs directions opérationnelles.

Réforme des retraites : modèle Trajectoire (DREES)

Le modèle Trajectoire (TRAJectoire de Carrières TOus REgimes) permet de simuler les parcours de carrière et de départ à la retraite d'un échantillon d'individus représentatifs de la population française, en fonction d'une législation dont les caractéristiques sont modifiables. Il est ainsi possible de mesurer les effets redistributifs du système de retraite et d'estimer les impacts financiers et individuels d'une réforme des retraites.



Une partie du code (celle permettant de calculer les droits à pension) a été ouverte.

Démographie des seniors : LIVIA (DREES)

Le modèle LIVIA (Lieux de Vie et Autonomie) permet de réaliser des projections départementales du nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus de à l'horizon 2050 et donne des répartitions par sexe, âge, niveau de perte d'autonomie et lieu de vie. La DREES met par ailleurs à disposition, sur son site internet, un outil de datavisualisation qui permet à l'utilisateur de voir, sous forme de graphiques, toutes les projections possibles à partir du modèle (selon trois scénarios : pessimiste/intermédiaire/optimiste).



Le code du modèle a été ouvert en décembre 2021.

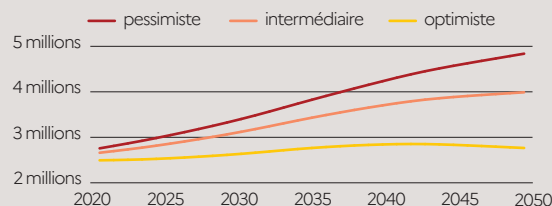
Prise en charge des personnes dépendantes : modèle Autonomix (DREES)

Le modèle Autonomix permet 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 âgées dépendantes (Ehpad), en simulant les montants des diverses aides et dispositions fiscales destinées à financer cette prise en charge.



L'ensemble des programmes et scripts constituant le modèle, ainsi qu'une documentation technique, sont accessibles en ligne.

Nombre de seniors en situation de dépendance selon l'évolution de la dépendance, entre 2015 et 2050



Champ > Seniors de 60 ans ou plus, France métropolitaine et DOM (sauf Mayotte).


Source > DREES, modèle LIVIA ; Insee-DREES, modèle EP24.

> Modèle LIVIA © DREES

Réformes sociales et fiscales : Ines (Insee/DREES/CNAF)

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

Il permet d'évaluer les effets budgétaires et redistributifs de réformes de nombreux prélèvements et prestations sociales : RSA et autres minima sociaux, prestations familiales, impôt sur le revenu, etc. Il a notamment été mobilisé pour évaluer l'effet de la prise en compte des revenus du conjoint pour l'allocation aux adultes handicapés (AAH), dans le cadre de la réforme de la déconjugalisation qui entrera en vigueur le 1^{er} octobre 2023.

 **Comment le modèle Ines est mobilisé pour évaluer le non-recours aux prestations sociales. [Voir la vidéo](#)**



Restes à charge en santé : Omar (DREES)

La DREES a construit un Outil de Microsimulation pour l'Analyse des Restes à charge en santé (Omar). Celui-ci permet de simuler, au niveau individuel, le partage des dépenses de santé entre les trois financeurs : la Sécurité sociale, l'organisme complémentaire et l'individu lui-même. Il mobilise pour cela des données sociodémographiques issues de plusieurs sources.

Réformes de l'assurance santé : Ines-Omar (DREES)

Omar a été rapproché de l'outil Ines, rendant ainsi possibles des études plus larges sur la redistribution, en incluant le financement de la branche maladie de la Sécurité sociale. Il a ainsi permis de documenter la contribution de l'Assurance maladie à la réduction des inégalités de revenu.

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

Masse salariale des hôpitaux : SMASH (DREES)

SMASH est un outil de simulation de la masse salariale des hôpitaux publics. Un premier prototype opérationnel est disponible depuis la rentrée 2022. Il a été développé pour la Direction de la Sécurité sociale et la Direction générale de l'offre de soins afin d'évaluer l'effet des politiques salariales sur l'évolution de la masse salariale dans la fonction publique hospitalière. Le projet visera, dans un second temps, à intégrer les comportements d'offre de travail, en réaction aux réformes simulées.

Éclairer les acteurs publics sur l'impact sanitaire et social de la crise liée au Covid-19

La DREES, qui intervient en appui à la conception et à l'évaluation des politiques publiques, a été fortement impliquée dans les enjeux sanitaires et sociaux posés par la crise sanitaire liée au Covid-19. Cela s'est notamment traduit par la mise en place de dispositifs spécifiques pour éclairer la situation et par l'adaptation d'enquêtes et de dispositifs existants. Cette implication s'est poursuivie en 2022.

Dans le champ de la santé

Pendant toute la durée de la crise sanitaire, la DREES a publié, chaque semaine, les données sur **le nombre de tests de dépistage du Covid-19 réalisés** et les délais d'obtention des résultats.

À partir de juillet 2021, la DREES a par ailleurs publié les données sur **le statut vaccinal des personnes hospitalisées et décédées**. La France a ainsi pu disposer, tout au long de la période de déploiement de la vaccination, d'un suivi hebdomadaire et en quasi-temps réel des effets de la vaccination. Ce suivi, complété par plusieurs études publiées en 2021 et 2022, a montré l'existence d'une protection importante conférée par la vaccination sur les risques d'hospitalisation et de décès.

Les publications de la DREES ont également pu montrer les risques d'infection au virus et de développement de formes sévères sont inégalement répartis au sein de la population, en lien avec les inégalités de recours à la vaccination, de distribution des facteurs de risques de complications et dans l'accès aux soins.

La santé mentale de la population, qui s'est globalement dégradée sous l'effet de la crise sanitaire, a fait l'objet de plusieurs publications de la DREES en 2022.

.....

Les travaux de la DREES ont permis de montrer l'existence d'une protection importante conférée par la vaccination sur les risques d'hospitalisation et de décès

.....

LES DOSSIERS DE LA DREES

Caractéristiques socio-économiques des individus aux formes sévères de Covid-19 au fil des vagues épidémiques

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Covid-19 : prise en charge des patients en soins critiques au cours des trois premières vagues de l'épidémie

LES DOSSIERS DE LA DREES

Parcours hospitaliers des patients atteints du Covid-19 lors des troisième et quatrième vagues épidémiques

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Recours à la vaccination contre le Covid-19 : de fortes disparités sociales

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Covid-19 : troisième cause de décès en France en 2020, quand les autres grandes causes de décès baissent

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Les demandes de soins liés à la santé mentale restent plus fréquentes au printemps 2021

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020

Dans le champ du social

La DREES a mis en place **un suivi des prestations de solidarité durant la crise sanitaire**. Réalisée avec le concours des organismes gestionnaires de ces prestations, cette publication a permis de rassembler les données mensuelles les plus récentes pour éclairer les effets de la crise sanitaire, y compris à l'échelle des territoires, sur l'évolution de la pauvreté en France.

Cet état des lieux fournit les effectifs nationaux et départementaux des allocataires :

- du RSA ;
- de l'AAH ;
- de l'ASS ;
- de la prime d'activité ;
- des aides au logement.

Il fournit également les effectifs des bénéficiaires de la Garantie jeunes et du Contrat d'engagement jeune (CEJ).

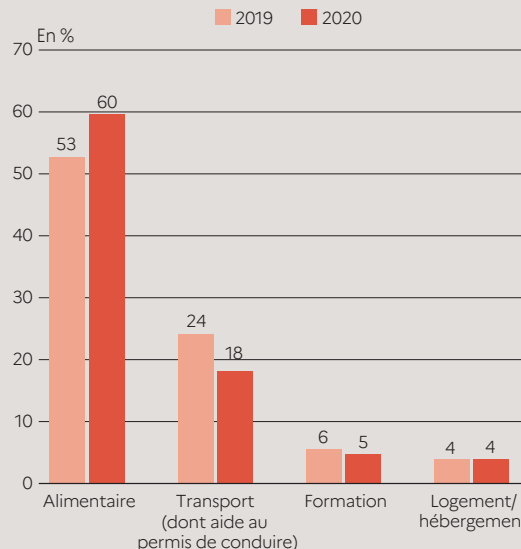


Consulter les données.

Les jeunes étant un public particulièrement exposé aux effets de la crise, plusieurs études de la DREES sont consacrées à cette population.

La DREES a notamment mené une enquête trimestrielle temporaire sur le fonds d'aide aux jeunes (FAJ) auprès des collectivités territoriales chargées de celui-ci. Deux vagues d'enquête ont été menées, en 2020 et 2021, donnant lieu à une publication en 2022. Cette étude montre que si le nombre de bénéficiaires poursuit sa baisse en 2020, du fait notamment de la montée en puissance sur la période de la Garantie jeunes, le profil des bénéficiaires et les besoins ont évolué avec, notamment, une hausse de la part des aides alimentaires.

Fonds d'aide aux jeunes (FAJ) : répartition du nombre d'aides attribuées selon leur finalité en 2019 et 2020



Note > Les résultats présentés ici s'appuient sur les réponses de 89 départements.

Lecture > En 2020, 60 % des aides répondent à des besoins alimentaires.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Source > DREES, enquête Fonds d'aide aux jeunes.

> *Études et Résultats* n°1224 © DREES



ÉTUDES ET RÉSULTATS

Fonds d'aide aux jeunes en 2020 : un nombre de bénéficiaires encore en baisse, mais dont le profil et les besoins ont changé

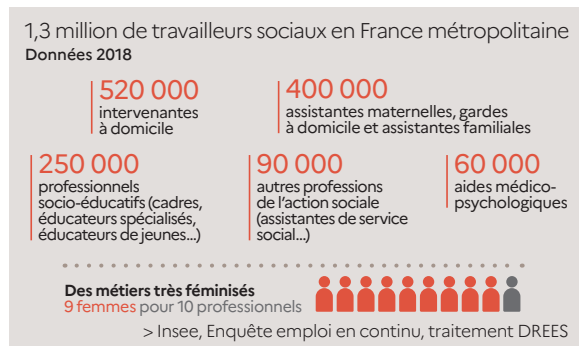
Assurer le suivi statistique des professionnels du social, du médico-social et de la santé

Le suivi des effectifs, des rémunérations et des caractéristiques et conditions de travail des professions du médico-social et de la santé constitue un enjeu crucial dans un contexte marqué par des besoins de recrutement et une insuffisante attractivité des métiers. La DREES contribue au système d'observation de ces professions en mobilisant une grande variété de sources et a entrepris plusieurs investissements méthodologiques pour enrichir ces données.

Les professions du social

Le nombre de professionnels du social en 2018 est estimé à 1,3 million d'individus en France métropolitaine, en hausse de 28 % par rapport à 2004. Plus précisément, cet effectif augmente entre 2004 et 2013 (+ 28 %), puis reste globalement stable entre 2013 et 2018. Ces évolutions recouvrent toutefois des réalités différentes selon les métiers : les assistantes maternelles, gardes à domicile ou assistantes familiales connaissent ainsi une baisse continue de leurs effectifs depuis 2013 (-12 % entre 2013 et 2018), tandis que le nombre de professionnels socio-éducatifs augmente de 18 % au cours de la même période.

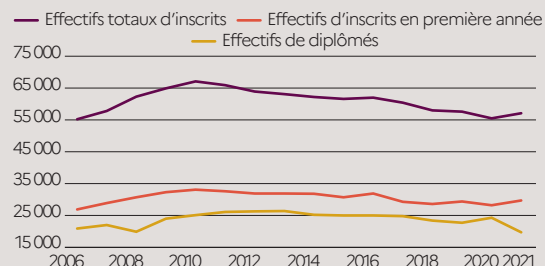
D'une manière générale, ces salariés sont plus souvent à temps partiel et en sous-emploi que les autres salariés.



La DREES réalise chaque année, depuis 1983, une enquête auprès des écoles de formation aux professions sociales afin de recueillir des informations sur le nombre de candidats,

d'inscrits et de diplômés aux différentes formations. Les données montrent une hausse du nombre d'inscrits de 3,1 % en 2021 par rapport à 2020 et une baisse du nombre de diplômés de 18 %. Cette forte diminution intervient après la croissance dynamique du nombre de diplômés entre 2019 et 2020, portée par un fort taux de réussite aux examens en cette année particulière de crise sanitaire.

Nombre d'inscrits et de diplômés dans les écoles de formation aux professions sociales, de 2006 à 2021



Champ > France métropolitaine et DROM. Ensemble des inscrits ayant commencé une session de formation à un moment de l'année considérée. Hors formations de mandataire judiciaire à la protection des majeurs et de délégué aux prestations familiales (car données non disponibles sur longue période).

> Enquêtes Écoles © DREES

En 2021, 4 600 élèves ont interrompu leur formation en cours d'année, sans avoir annoncé vouloir terminer leur formation ultérieurement. En rapportant ce nombre à une estimation du nombre d'inscrits correspondant, un taux d'interruption de formation peut être calculé. Il atteint 8,1 % en 2021.

Les professions de santé

La DREES contribue au système d'observation sur les professionnels de santé. Elle étudie :

- leurs conditions de travail, leur santé et leurs pratiques ;
- leur démographie (actuelle et à venir) ;
- leur répartition géographique ;
- l'accessibilité à ces professionnels de santé ;
- l'emploi dans le secteur hospitalier et les revenus de ces professionnels.

Elle réalise par ailleurs chaque année [une enquête](#) auprès des formations aux professions de santé, qui permet de suivre dans le temps le nombre d'inscrits et de diplômés.

DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les données nationales, départementales et régionales actualisées au 1^{er} janvier 2022 pour 18 professions de santé sont accessibles sous forme de datavisualisation. On compte notamment :

- 228 900 médecins en activité ;
- 44 200 chirurgiens-dentistes ;
- 23 800 sages-femmes ;
- 73 600 pharmaciennes inscrites à l'Ordre.

ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE PREMIER RECOURS

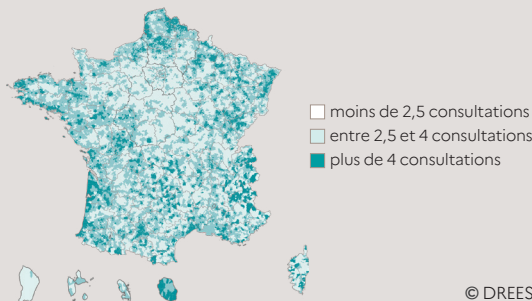
La DREES publie chaque année l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) pour les médecins généralistes, les infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes, qui met en regard la répartition géographique de ces professionnels de santé libéraux avec la demande de soins locale.

L'accessibilité aux médecins généralistes libéraux se dégrade entre 2019 et 2021 à un rythme un peu plus modéré que celui observé les années précédentes. Cette dégradation résulte à la fois de la baisse du nombre de médecins généralistes libéraux et de leur activité moyenne, mais également de la croissance de la population. L'accessibilité moyenne aux médecins généralistes s'établit ainsi à 3,4 consultations par an et par habitant. Elle était de 3,5 en 2019 et de 3,7 en 2016.

Les professions de sages-femmes, d'infirmières et de masseurs-kinésithérapeutes libéraux suivent en revanche une dynamique démographique croissante, qui se traduit par une augmentation de l'accessibilité.

Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux ou exerçant en centre de santé en 2021

Unité : nombre de consultations accessibles par an et par habitant



ÉTUDES ET RÉSULTATS

À l'hôpital, la surcharge de travail a touché l'ensemble des familles professionnelles

JEU DE DONNÉES

Effectifs salariés hospitaliers, séries longues

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Les salaires dans la fonction publique hospitalière – En 2020, le salaire net moyen augmente de 5,9 % en euros constants

JEU DE DONNÉES

Les formations aux professions de santé en 2021 : une nette hausse du nombre d'inscrits et un taux de réussite qui retrouve son niveau avant crise sanitaire

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017

JEU DE DONNÉES

Le revenu des médecins libéraux, série annuelle 2020



« L'EDP-Santé permet de documenter de manière fine les inégalités de santé »

Benoît Ourliac

Sous-directeur, chargé de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie

La DREES a poursuivi ses publications sur le statut vaccinal des personnes hospitalisées et décédées du Covid-19, avec quelques ajustements méthodologiques. Quels en sont les principaux enseignements ?

Les travaux de la DREES ont permis de disposer d'un suivi hebdomadaire en quasi-temps réel des effets de la vaccination. Cette réactivité, rendue possible grâce à l'exploitation de données issues des systèmes d'information déployés pour la gestion de la crise sanitaire, a pour contrepartie des imperfections, inhérentes aux bases de gestion de ce type, qui contiennent des dizaines de millions d'enregistrements actualisés quotidiennement.

Ces imperfections ont été documentées en toute transparence. Les investigations méthodologiques nous ont amenés à conclure que les ajustements n'étaient pas de nature à remettre en cause les résultats publiés par la DREES, qui montrent l'existence d'une protection importante conférée par la vaccination sur les risques d'hospitalisation et de décès. Cette protection est confirmée par les résultats d'études internationales basées sur des données en vie réelle dans d'autres pays.

L'EDP-Santé contribue à documenter les inégalités sociales de santé. De quoi s'agit-il ?

La DREES a procédé à l'appariement de deux sources d'information importantes : l'échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee, avec de nombreuses informations sur le niveau de vie et la trajectoire professionnelle des personnes, et le Système national des données

de santé (SNDS), avec des données sur la consommation et les parcours de soins des bénéficiaires de l'Assurance maladie.

L'EDP-Santé, né de ce rapprochement, donne la possibilité de mesurer les inégalités sociales quant à l'apparition ou à la présence d'un problème de santé et aux prises en charge des personnes. Les résultats mettent en évidence un fort gradient social pour la quasi-totalité des maladies chroniques. Ils permettent d'établir qu'il existe non seulement un clivage tranché entre les plus modestes et les plus aisés, mais que ce gradient est par ailleurs présent à tous les niveaux de vie. Les travaux seront poursuivis et étendus à d'autres types de pathologies et prises en charge.

En 2023, la DREES réalise une enquête nationale dans tous les services des urgences de France. Dans quel but ?

La fréquentation des urgences est en forte hausse depuis plus de vingt ans, en raison notamment du vieillissement de la population, du développement des maladies chroniques et des tensions sur l'offre en soins de premiers recours. Cette enquête, effectuée le 13 juin 2023, dans tous les services d'urgences de France, y compris dans les DROM, contribuera à avoir une photographie nationale exhaustive sur vingt-quatre heures.

Les résultats éclaireront les évolutions structurelles majeures des urgences depuis dix ans, en les comparant à ceux obtenus en 2013. Ils donneront lieu à plusieurs publications en 2024.

L'état de santé de la population

Dans une étude publiée au second semestre 2022, la DREES présente un état des lieux de la santé de la population en France, de la naissance au grand âge avec notamment un focus sur l'impact, direct et indirect, de l'épidémie de Covid-19.

Avant la période particulière de la crise sanitaire due à l'épidémie de Covid-19, l'espérance de vie continuait de progresser régulièrement. Les années gagnées sont de plus en plus vécues sans incapacité. L'épidémie de Covid-19 a fortement impacté l'état de santé général avec, entre autres, une aggravation des problèmes de santé mentale chez les adolescents et les jeunes adultes, population qui connaissait déjà une forte dégradation de la santé mentale avant la crise.

Une évolution contrastée parcourue par de fortes inégalités

L'étude de la DREES revient sur les inégalités de santé en matière de maladies chroniques, santé mentale, qualité de vie et handicap en mobilisant les données les plus récentes à ce sujet. Elle analyse également les déterminants de l'état de santé (comportements qui ont un impact sur la santé, notamment la consommation d'alcool, le tabagisme ou les habitudes alimentaires et l'exposition à certains facteurs extérieurs, comme la pollution par exemple).

Ces travaux montrent que les inégalités apparaissent avant la naissance et se poursuivent pendant l'enfance et l'âge adulte. De nombreux facteurs de risque pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à la naissance sont surreprésentés dans les milieux les plus défavorisés, dont notamment la consommation d'alcool et de tabac.

La santé des enfants et adolescents est affectée par un gradient social. Ainsi, parmi les élèves en classe de troisième en 2017, 8 % des enfants d'ouvriers sont obèses, contre 3 % des enfants de cadres. La proportion de ceux qui ont des dents non cariées s'élève à 59 % pour les ouvriers, contre 77 % pour les cadres.

À l'âge adulte, les personnes les plus modestes fument davantage, sont plus souvent en surpoids ou obèses, ont une alimentation moins saine et font moins d'activité physique. Elles recourent également moins souvent

aux campagnes de dépistage de certains cancers ou aux campagnes de vaccination. Ce sont autant de facteurs de risque qui pèsent sur leur santé.

.....

Le fait le plus marquant de l'évolution de l'état de santé de la population au cours de la période récente tient au vieillissement de la population

.....

Le vieillissement de la population, en France comme dans les autres pays développés, s'accompagne d'une forte augmentation du nombre de personnes atteintes de pathologies chroniques et de polyopathologies, dont la prise en charge représente sans doute l'un des enjeux majeurs des systèmes de santé en cette première partie du XXI^e siècle. L'augmentation de la part de la population âgée va exercer une pression croissante sur l'offre de soins.



LES DOSSIERS DE LA DREES

L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales



ÉTUDES ET RÉSULTATS

Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie



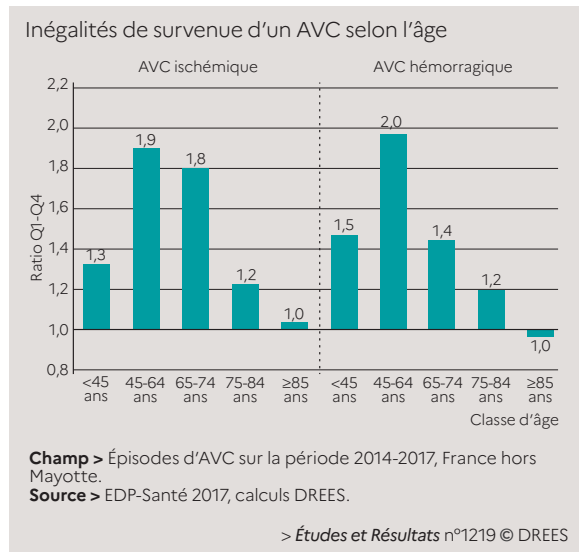
ÉTUDES ET RÉSULTATS

En France, les AVC sont plus fréquents, plus graves et moins souvent pris en charge en unité spécialisée pour les personnes les plus modestes

Les AVC plus fréquents et plus graves pour les personnes les plus modestes

En 2022, une première étude basée sur l'EDP-Santé (données socio-fiscales appariées aux données de santé) documente les inégalités sociales de santé relatives aux accidents vasculaires cérébraux (AVC). Cette étude met en exergue un taux de survenue plus important chez les personnes au niveau de vie le plus modeste, une moindre prise en charge dans les unités spécialisées neuro-vasculaires et des séquelles plus importantes à la sortie de l'hospitalisation.

Parmi les 45-64 ans, le taux de survenue des AVC est presque deux fois supérieur chez le quart des personnes les plus modestes par rapport au quart les plus aisées



Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes

Également basée sur l'EDP-Santé, une seconde étude décrit, pour la période 2016-2017, les inégalités sociales d'incidence, de prévalence et d'espérance de vie face aux maladies chroniques.

Elle montre que ces maladies surviennent plus fréquemment chez les personnes aux faibles revenus et conduisent à renforcer les inégalités d'espérance de vie observées entre les plus modestes et les plus aisés.

Les 10 % les plus modestes de la population française développent ainsi plus souvent une maladie chronique que les 10 % les plus aisés, à âge et sexe comparables :

- 2,8 fois plus de diabète,
- 2,2 fois plus de maladies du foie ou du pancréas,
- 2,0 fois plus de maladies psychiatriques,
- 1,6 fois plus de maladies respiratoires chroniques,
- 1,5 fois plus de maladies neurologiques ou dégénératives,
- 1,4 fois plus de maladies cardiovasculaires.

En revanche, les personnes les plus modestes développent relativement moins de cancers. Ce constat ne tient cependant pas compte des éventuelles inégalités sociales face au recours au dépistage et des différences selon le type de cancer.

L'étude met également en lumière des disparités socio-professionnelles, les ouvriers ayant deux fois plus de risque de développer une maladie psychiatrique que les cadres et professions intellectuelles supérieures.

Les dépenses de santé et leur financement

La connaissance de la distribution des dépenses de santé et de la part restant à la charge des patients représente un enjeu important pour le pilotage des politiques de santé. La DREES réalise de nombreux travaux à ce sujet. Elle mène des études sur la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires santé, ainsi que sur les restes à charge des ménages. Des travaux publiés en 2022 montrent notamment que plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée et que celle-ci contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu.

L'assurance maladie publique : un vecteur majeur de réduction des inégalités

Le modèle de microsimulation Ines-Omar (voir page 13) permet de calculer le poids de l'ensemble des dépenses de santé et de leur financement dans le revenu des ménages et d'étudier la redistribution opérée par le système d'assurance maladie.

Les travaux de la DREES issus de ce modèle (édition 2017) montrent que l'assurance maladie publique, ou assurance maladie obligatoire (AMO), est un vecteur majeur de réduction des inégalités. Ses prestations, qui s'ajoutent au revenu disponible, représentent l'équivalent de 40 % de celui des 20 % des ménages les plus modestes. Mais si ces derniers reçoivent des montants de remboursements de frais de santé supérieurs à ceux reçus par les plus aisés, cela est surtout dû à un état de santé plus dégradé de cette partie de la population (voir page 19). Dans une moindre mesure, les inégalités sont aussi réduites par le mode de financement progressif de l'assurance maladie publique. Les montants des cotisations des 10 % les plus aisés sont ainsi plus de 14 fois supérieurs à ceux des 10 % les plus modestes – soit un ratio du même ordre de grandeur que les écarts de revenus initiaux.



ÉTUDES ET RÉSULTATS

L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu



ÉTUDES ET RÉSULTATS

Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée

Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée

La DREES a conçu un outil de datavisualisation (utilisant [la base restes à charge 2017](#)) qui présente les recours aux principaux postes de soins, les dépenses de santé correspondantes et les restes à charge après assurance maladie obligatoire (RAC AMO) des assurés de tous les régimes d'assurance maladie. Les analyses issues de cet outil illustrent l'importante variabilité des dépenses de santé et des restes à charge en fonction des profils des patients et des types de soins.

Si plus de neuf personnes sur dix en France ont consommé au moins une fois des soins remboursables en 2017 pour une dépense annuelle moyenne de 2700 euros, cette dépense varie considérablement selon les types de soins reçus et le profil des patients. C'est pour les patients âgés et ceux qui ont une affection de longue durée (ALD) que les dépenses de consultations de médecins, de pharmacie et d'hôpital sont les plus élevées.

Pour les patients en ALD, et plus largement pour ceux dont les postes de dépenses de santé sont associés à la maladie, l'assurance maladie obligatoire finance une plus large part des dépenses de santé. Le taux de prise en charge par l'AMO est ainsi de 94 % pour les 5 % qui consomment le plus, contre 56 % pour ceux qui ont des dépenses proches de la médiane.

Les capacités d'accueil et l'activité des établissements de santé

Les médias se font régulièrement l'écho de la baisse du nombre de lits d'hospitalisation complète. Il est cependant important de rappeler que celle-ci est à l'œuvre depuis une vingtaine d'années, en raison du développement d'alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, rendue possible notamment par les progrès de la médecine. Les capacités d'accueil en hospitalisation partielle (sans nuitée) ou à domicile prennent en effet une place croissante. La DREES décrypte ces évolutions dans son ouvrage annuel sur les établissements de santé.

En 2020, 11,6 millions de patients ont été hospitalisés une ou plusieurs fois dans l'un des 2 989 établissements de santé publics ou privés que compte la France. Fin 2020, la capacité d'accueil de ces établissements est de 387 000 lits d'hospitalisation complète et de 80 000 places d'hospitalisation partielle.

De l'évolution du nombre de lits d'hospitalisation

Depuis une vingtaine d'années, l'offre de soins évolue, avec un fort développement du nombre de places d'hospitalisation partielle (sans nuitée) et à domicile, en regard d'une diminution continue des capacités d'hospitalisation complète (lits). Des innovations en matière de technologies médicales et de traitements médicamenteux ont rendu possible ce « virage

ambulatoire ». Le nombre de lits d'hospitalisation complète a diminué à un rythme assez régulier durant la période 2013-2019 (-0,9 % par an en moyenne). La baisse a été un peu plus marquée en 2020 (-1,2 %), en lien avec la crise sanitaire. Pour limiter la contagion, de nombreuses chambres doubles ont en effet été transformées en chambres simples, et du personnel a été réaffecté aux unités Covid, entraînant une moindre capacité d'accueil dans leur service d'origine.

En 2020, une baisse sans précédent de l'activité d'hospitalisation complète

En écho à la baisse du nombre de lits, le nombre de séjours d'hospitalisation complète diminue depuis une vingtaine d'années. En 2020, un repli historique de 12,4 % est observé (contre -0,5 % par an en moyenne sur la période 2013-2019), en raison des mesures sanitaires mises en place pour faire face à l'afflux de patients atteints de Covid-19. Des déprogrammations massives de soins non urgents ont eu lieu, et des personnels ont été réaffectés à la prise en charge de l'épidémie.

303 000 patients Covid hospitalisés en 2020

En 2020, 303 000 patients atteints de Covid-19 ont été hospitalisés, ce qui représente 2,6 % de l'ensemble des patients hospitalisés dans l'année. La durée moyenne de séjour pour ces patients a été plus élevée que celle pour les autres pathologies. La prise en charge des patients atteints de Covid-19 a représenté un quart de l'ensemble des journées d'hospitalisation en réanimation en 2020. Cet afflux de patients a nécessité des efforts de réorganisation et des redéploiements temporaires de lits. Le nombre de lits de soins critiques a ainsi progressé de 3,6 % entre fin 2019 et fin 2020, soit trois fois plus que la tendance des années précédentes.



Comment expliquer la baisse du nombre de lits d'hospitalisation pendant la crise sanitaire ?
[Voir la vidéo](#)



Un rebond des effectifs des hôpitaux publics pour faire face à la crise sanitaire

Depuis 2010, les effectifs salariés hospitaliers continuent d'augmenter mais ils ralentissent. En 2019, ils ont connu une légère hausse (+0,2 %), uniquement dans le secteur public. Les premiers chiffres disponibles sur l'emploi salarié hospitalier dans les hôpitaux publics en 2020 montrent un rebond des effectifs (+1,9 %, soit +20 100 salariés), rendu nécessaire par la crise sanitaire.

La situation financière des établissements de santé s'améliore

En 2020, les comptes financiers des hôpitaux publics ont renoué avec un quasi-équilibre, après sept années de déficit. Les recettes des hôpitaux publics, comme leurs dépenses, ont atteint 88,5 milliards d'euros. La résorption du déficit en 2020 découle d'une augmentation des recettes dans le cadre de la garantie de financement mise en place durant la crise sanitaire, et est largement portée par l'Assurance maladie. Celle-ci a permis de compenser l'augmentation des dépenses, notamment celles des charges de personnel. Dans le même temps, la situation financière des cliniques privées à but lucratif a continué de s'améliorer, avec un résultat net à 3,0 % des recettes, en hausse de 0,9 point par rapport à 2019.

Chaque année, la DREES publie :

En été

- Un ouvrage sur les établissements de santé, avec données redressées et analyse détaillée des capacités d'accueil et de l'activité hospitalières (N+2)
- Les données issues de la statistique annuelle des établissements de santé (base administrative). Il s'agit de données brutes (N+1).

À l'automne

- Une étude sur les établissements de santé, avec les données provisoires et les premiers éléments d'analyse sur les capacités d'accueil et l'activité hospitalière (N+1).
- Les données issues de la statistique annuelle des établissements de santé (base statistique). Il s'agit de données redressées (N+1).

En fin d'année

- Les séries longues régionales des établissements de santé (base ARES, N+1).
- Les données sur les lits de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue (N+1).

DREES MÉTHODES

Apprécier la situation économique des établissements de santé

LES DOSSIERS DE LA DREES

La situation économique et financière des établissements de santé en 2020

JEU DE DONNÉES

Statistique annuelle des établissements de santé 2021 : mise à disposition des bases statistiques

ÉTUDES ET RÉSULTATS

En léger recul en 2021, les capacités d'accueil en réanimation restent supérieures de 10 % à leur niveau de fin 2019

JEU DE DONNÉES

Nombre de lits de soins critiques des établissements de santé en France, par département au 31 décembre 2021

JEU DE DONNÉES

Mise à jour des bases statistiques de la SAE pour les années 2013 à 2020 et première mise à disposition des séries longues régionales ARES

Les pratiques et conditions d'exercice des médecins généralistes

La DREES a mis en place, depuis 2018, un Panel national d'observation des pratiques et conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux. Cette enquête, réalisée auprès de 3300 médecins généralistes libéraux, a pour objectif d'observer le cadre d'activité, l'environnement professionnel et les rythmes de travail de ces soignants, ainsi que leurs pratiques de prise en charge. Elle fait suite à des dispositifs d'enquête similaires mis en place depuis 2010.

Le Panel des médecins généralistes permet de suivre dans le temps certains indicateurs, comme l'exercice en groupe, et d'explorer certaines thématiques plus spécifiques (prévention, antibiorésistance...). Après plusieurs focus consacrés à la crise sanitaire en 2021, les études publiées en 2022 se sont intéressées aux modes d'exercice des médecins généralistes, à l'organisation de leur cabinet et à leur temps de travail.

Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe

La majorité des médecins libéraux exercent en groupe. Ils étaient 61 % dans ce cas en 2019 et 69 % en 2022, avec, notamment, une progression importante de l'exercice en groupe pluriprofessionnel (40 % des médecins en 2022), essentiellement liée au développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

En termes de nombre d'heures par semaine, les médecins qui exercent seuls déclarent travailler plus que leurs confrères, tandis que ceux pratiquant uniquement avec d'autres médecins généralistes déclarent des volumes horaires inférieurs à la moyenne dans la plupart des territoires.

Pour les médecins en groupe pluriprofessionnel, le temps de travail varie selon le lieu d'installation.

Le recours à un secrétariat médical se développe

Début 2022, la grande majorité des médecins généralistes libéraux (84 %) déclarent disposer d'un secrétariat médical, une part en augmentation depuis 2019 (77 %). Ceux qui exercent en groupe sont plus nombreux à en avoir un (92 %) que ceux qui travaillent seuls (64 %). Plus d'un tiers des médecins proposent une prise de rendez-vous en ligne, le plus souvent en complément d'autres solutions.

Le quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale est une enquête menée par la DREES, les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et les Unions régionales des professions de santé-médecins libéraux (URPS-ML) des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire.



Quel est le pourcentage de médecins qui déclarent avoir déjà prescrit un antibiotique à des patients qui n'en avaient peut-être pas besoin ?

53 %

43 %

33 %

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Un médecin généraliste sur deux est confronté à des problèmes d'antibiorésistance

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Un médecin généraliste sur six assure lui-même son secrétariat en 2022

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent en 2021 des patients des grands pôles urbains

L'analyse des causes de décès

La DREES, le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc-Inserm) et Santé publique France (SPF) ont analysé les causes médicales de décès en 2020. Ces travaux s'appuient sur l'exploitation exhaustive des volets médicaux des certificats de décès effectuée au CépiDc. Ils documentent notamment les effets de l'épidémie de Covid-19 sur la mortalité. Explications d'Élise Coudin, directrice du CépiDc-Inserm, et de François Clanché, directeur de projet à la DREES.



Élise Coudin
CépiDc-Inserm



François Clanché
DREES

Pourquoi les données sur les causes de décès sont-elles importantes ?

Élise Coudin : Les causes de décès sont des données fondamentales en épidémiologie et en santé publique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) fixe la nomenclature commune (la classification internationale des maladies [CIM version 10]), et les mêmes règles de codage sont suivies par tous les pays pour définir, parmi les causes ou traumatismes mentionnés dans les certificats de décès, la cause initiale menant au décès. Cela permet de dresser des comparaisons internationales et dans le temps des causes de décès. Les chiffres de 2020 produits par le CépiDc ont alimenté la base européenne sur les causes de décès d'Eurostat. On peut ainsi voir que le taux de mortalité standardisé par Covid-19 en France en 2020, première année de la crise sanitaire, se situe dans la moyenne des pays européens.

François Clanché : C'est un indicateur important de suivi de santé publique et de compréhension de la qualité de notre système de santé ainsi que de son évolution dans le temps. En 2020, le Covid-19 a directement causé le décès de 69 000 personnes dans notre pays, ce qui en fait la troisième

cause de décès derrière les tumeurs et les maladies cardio-vasculaires, qui restent les causes de décès les plus fréquentes mais sont en baisse par rapport aux années passées. Dans la foulée, la DREES et le CépiDc ont publié les statistiques provisoires sur les causes de décès en 2018-2019. Ces dernières donnent un premier aperçu des causes de décès à la veille de la crise sanitaire liée au Covid-19, à comparer avec l'année 2020.

Pourquoi les données sur les causes de décès sont-elles particulièrement complexes à traiter ?

François Clanché : Ces données, exhaustives, sont issues des certificats de décès de toutes les personnes résidant et décédées en France en 2020, soit 650 000 certificats à analyser ! Il s'agit de textes libres, rédigés par les médecins qui déclarent le motif du décès. Il faut donc les déchiffrer, les comprendre (chacun ayant parfois son vocabulaire), puis les coder selon la CIM 10 de l'OMS. En 2020, seuls 20 % des certificats de décès étaient électroniques, les autres étant rédigés à la main. Ces données sont donc moins simples à exploiter que des données d'enquêtes statistiques ou des données administratives traditionnelles et nécessitent un traitement plus lourd.

Élise Coudin : Une des grandes difficultés provient de la nature du texte dans le certificat, lequel est censé décrire l'enchaînement causal ayant mené au décès, mais ce n'est pas toujours le cas. Les textes sont parfois longs, complexes, hétérogènes. Ils ne suivent pas toujours l'enchaînement causal requis... et il y a plusieurs milliers de postes dans la nomenclature. Pourtant, l'OMS a prévu des règles pour tous les cas. Pour coder l'année 2020, le CépiDc s'est appuyé sur un système de règles automatique (Iris/Muse), qui permet de coder les cas simples, et sur son équipe de codeurs-

CAUSES DU DÉCÈS

PARTIE I**Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès.**

Il s'agit de la maladie, du traumatisme, de l'intoxication, de la complication ayant entraîné la mort (et non du mécanisme de décès comme une syncope, un arrêt cardiaque...).

Intervalle entre le début du processus morbide et le décès
En heures, jours, mois ou ans

a) _____

due à ou consécutive à : b) _____

due à ou consécutive à : c) _____

due à ou consécutive à : d) _____

La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale

PARTIE II**Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant contribué au décès, mais non mentionnés en Partie I**

Extrait d'un certificat de décès.

nosologues, qui connaissent les règles et la nomenclature de codage sur le bout des doigts pour les cas plus complexes. N'oublions pas qu'en santé publique on doit suivre aussi bien les causes de décès fréquentes que les cas rares !

Pourquoi l'analyse de ces statistiques fait-elle intervenir trois institutions : la DREES, le CépiDc-Inserm et Santé publique France ?

Élise Coudin : On avait besoin de la coordination de ces trois institutions afin de croiser leurs expertises pour cette publication et sa publication jumelle dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. Le CépiDc recueille les données, puis les code, les produit et les exploite avec une approche d'épidémiologiste et sa connaissance profonde de la base de données. Santé publique France exploite, au fil de l'eau, les certificats de décès en les mettant en regard d'autres sources, avant même qu'ils soient codés par les nosologues du CépiDc, dans la cadre de sa mission de veille sanitaire. La DREES apporte son expertise statistique et médicale dans l'exploitation de ces données.

François Blanché : Ces données, riches d'enseignements pour les politiques publiques à un niveau très fin, compte tenu de leur exhaustivité, sont ensuite mises à la disposition des chercheurs et des acteurs en matière de santé publique via le [SNDS](#).

Quelles sont les perspectives de ces travaux ?

François Blanché : Le CépiDc et la DREES travaillent pour améliorer la qualité de l'information à la source, pour qu'elle soit plus facile et donc plus rapide à exploiter. La progression des certificats de décès électroniques va dans ce sens : on est à 40 % actuellement, contre 20 % en 2020. La DREES et le CépiDc poursuivent les travaux de codage faisant appel à l'intelligence artificielle, qui viendra compléter le codage automatique sur règles et le codage manuel. Cela permettra, à l'avenir, de mettre plus rapidement ces résultats à disposition. Les données 2021 devraient être publiées fin 2023.



ÉTUDES ET RÉSULTATS

Covid-19 : troisième cause de décès en France en 2020, quand les autres grandes causes de décès baissent



BULLETIN ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE (CÉPIDC)

Covid-19 : troisième cause de décès en France en 2020, quand les autres grandes causes de décès baissent



DREES MÉTHODES

Les statistiques provisoires sur les causes de décès en 2018 et 2019 - Une nouvelle méthode de codage faisant appel à l'intelligence artificielle



« Un dispositif ambitieux pour mieux appréhender la situation des personnes handicapées »

Julie Labarthe

Sous-directrice, chargée de l'Observation de la solidarité

Les outils de microsimulation sont au cœur de nombreux travaux en 2022. Pouvez-vous nous donner quelques exemples ?

Cette année a été marquée par plusieurs travaux basés sur nos outils de microsimulation, qui contribuent à simuler l'impact de différentes réformes. Nous avons, par exemple, publié une étude sur [les restes à charge des personnes dépendantes](#). Ces travaux, issus de notre modèle [Autonomix](#), permettent d'estimer la participation des seniors aux dépenses liées à la dépendance, après déduction des aides auxquelles ils recourent.

Le modèle de microsimulation [Trajectoire](#), entièrement revu en 2022, a permis de simuler la pension que les assurés des régimes de la fonction publique percevraient si les règles des salariés du privé leur avaient été appliquées. [Les résultats](#) montrent que les fonctionnaires aux pensions les plus élevées seraient majoritairement perdants, tandis que les individus aux pensions des tranches intermédiaires seraient plus souvent gagnants.

En 2022, la DREES a également initié des travaux pour être en mesure de simuler les bourses étudiantes.

L'enquête Autonomie était sur le terrain en 2022. À quoi va-t-elle servir ?

C'est un [dispositif](#) échelonné sur cinq ans qui donne la possibilité de dénombrer les personnes en situation de handicap selon différentes définitions et d'éclairer leurs conditions de vie. Les premiers résultats seront publiés en 2023. Ils aideront notamment à savoir comment la

situation a évolué pour ces individus depuis la dernière enquête, en 2008. Ces informations seront précieuses pour apprécier l'évolution des besoins d'aide et éclairer la situation des aidants et leur besoin de répit, par exemple.

La DREES a par ailleurs mis en place, en 2022, un groupe de producteurs de données sur le handicap et la perte d'autonomie, dont l'objectif est de coordonner et d'améliorer la production de données sur ce sujet.

Quels sont les principaux chantiers de 2023 ?

En plus des enquêtes, la production de données statistiques repose également sur l'exploitation de données issues de bases administratives. L'année 2023 sera marquée par la remontée de nombreuses données individuelles (RI) sur les prestations gérées par les conseils départementaux :

- [RI-Autonomie](#), sur les aides relatives au handicap ou à la perte d'autonomie,
- [Olinpe](#), sur les enfants pris en charge par la protection de l'enfance.
- [Les RI-Insertion](#) sur l'orientation, l'accompagnement et l'insertion des bénéficiaires du RSA ont été collectées en 2021-2022 et feront l'objet de publications en 2023.

Enfin, un investissement important sera lancé sur la connaissance des professions sociales, de leurs parcours, de leurs rémunérations et des tensions sur leurs métiers. L'enfance et la jeunesse constituent également un axe de travail majeur, avec des travaux prévus sur la pauvreté des jeunes et la protection de l'enfance notamment.

Handicap et autonomie

La DREES mobilise une grande variété de sources et publie de nombreuses études pour suivre les conditions de vie des personnes handicapées, éclairer la problématique de la dépendance et appréhender les besoins des aidants.

L'enquête Autonomie : un dispositif d'envergure pour mieux appréhender la situation des personnes handicapées

Le dispositif d'enquêtes Autonomie, réalisé par la DREES, s'intéresse aux personnes handicapées mais également à leurs aidants informels. C'est un dispositif d'envergure,

qui fait suite à l'enquête Handicap-Santé de 2007-2009 et CARE 2014-2016 sur le champ des seniors. Il est articulé en plusieurs volets.

ANNÉE DE COLLECTE	ENQUÊTE	RÉPONDANTS
2021	 Enquête Vie quotidienne et santé	335 000 personnes
2022	 Enquête auprès des personnes handicapées vivant à domicile et de leurs aidants	22 000 personnes et 6 000 aidants
2023	 Enquête auprès des personnes handicapées vivant en établissement pour personnes handicapées ou dépendantes et dans les établissements de santé mentale. Leurs aidants informels seront aussi interrogés.	7 500 personnes et 6 000 aidants
2024	 Enquête dans les établissements de protection de l'enfance	1 000 jeunes
2025	 Enquête dans les établissements pénitentiaires	1 200 personnes

Ce dispositif d'enquêtes de référence sur le handicap bénéficie du soutien de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares), de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), de l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph), de Santé publique France et de la Direction des sports.

Ces enquêtes seront croisées avec de nombreuses données administratives pour les enrichir sur les aspects de revenus et de prestations perçues : données sociales et fiscales,

données de santé du SNDS, données des conseils départementaux sur les aides sociales, etc. Elles donneront ensuite lieu à la publication de plusieurs études de la DREES.

L'enquête ES-Handicap auprès des établissements et services accompagnant des personnes handicapées

L'enquête ES-Handicap, menée tous les quatre ans, est la seule enquête du service statistique public à interroger régulièrement les établissements et services qui accompagnent les personnes handicapées. Son champ exhaustif permet de disposer d'informations à l'échelle des territoires. Elle constitue une source d'information précieuse

pour connaître, par catégorie de structures, les caractéristiques de l'offre d'accueil, le personnel et les publics accueillis ou sortis de ces établissements et services.

Les données de cette enquête ont donné lieu à plusieurs publications en 2022.

ÉTUDES ET RÉSULTATS

312 000 personnes sont accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés fin 2018

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Près de 170 000 enfants et adolescents handicapés sont accompagnés dans des structures dédiées fin 2018

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Les deux tiers des adultes handicapés accompagnés par des structures dédiées bénéficient d'une protection juridique fin 2018

ÉTUDES ET RÉSULTATS

25 000 jeunes accompagnés par les structures pour enfants et adolescents handicapés sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance

Une nouvelle édition de cette enquête, qui porte sur la situation au 31 décembre 2022, est en cours de collecte et fera prochainement l'objet de publications.

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)

L'enquête EHPA, conduite tous les quatre ans par la DREES auprès de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées, permet de dresser un bilan de leur activité et de décrire leur personnel, ainsi que les personnes qu'ils accueillent. Les réponses recueillies sont pondérées pour être représentatives de l'ensemble des structures sur toute la France.

Les données de cette enquête ont donné lieu à une première publication en 2022, qui montre notamment que :

- entre 2015 et 2019, la population en établissement a vieilli ;
- les hommes vivant en institution sont plus jeunes que les femmes ;
- le niveau moyen de dépendance des résidents s'accroît entre 2011 et 2019 ;
- plus de neuf résidents sur dix de moins de 70 ans souffrent de troubles de cohérence ;

- les deux tiers des sorties définitives sont liées au décès de la personne accueillie et, dans 75 % des cas, ce dernier survient dans l'établissement.



De nombreux tableaux détaillés portant sur les résidents, les structures et les personnels qui travaillent dans ces établissements sont disponibles sur le site internet de la DREES.

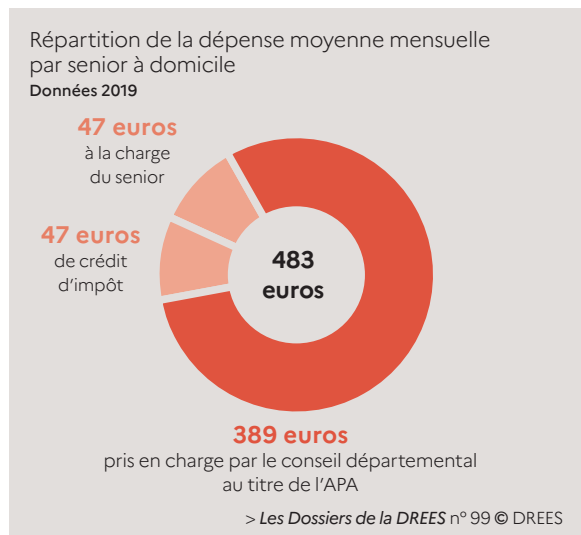
ÉTUDES ET RÉSULTATS

Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées

Les restes à charge des personnes dépendantes

En 2022, la DREES a publié [les résultats](#) issus de son modèle de microsimulation Autonomix, qui permet d'estimer la participation des seniors aux dépenses liées à la dépendance après déduction des aides auxquelles ils ont droit, selon leur lieu de vie, leur niveau de dépendance et leurs ressources en 2019.

Les analyses portent sur les 779000 bénéficiaires de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) à domicile et sur les 611000 résidents de 60 ans ou plus en établissement pour personnes âgées. À domicile, la dépense est, en moyenne, de 483 euros par senior et par mois.



En établissement, les seniors doivent s'acquitter des frais de séjour qui s'élèvent en moyenne à 2385 euros par mois en 2019. Le reste à charge moyen, compte tenu de l'APA, des aides au logement et des réductions d'impôt est ainsi de 1957 euros par mois.

Avant prise en compte de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), quatre résidents sur cinq sont dans l'impossibilité de financer leurs frais de séjour à partir de leurs seules ressources « courantes ». Une partie de ces résidents recourent à l'ASH, mais ils sont relativement peu nombreux par rapport à l'ampleur du phénomène : 18 % seulement. Une fois décomptés les bénéficiaires de l'ASH, il reste six résidents sur dix (61%) dont le reste à charge est supérieur aux ressources « courantes ».

Les principales options possibles pour financer ce reste à charge deviennent alors la mobilisation de l'épargne ou du patrimoine ou le financement par la famille ou des proches (obligés alimentaires).



LES DOSSIERS DE LA DREES

Aides à l'autonomie des personnes âgées : qui paie quoi ?
L'apport du modèle Autonomix – Résultats 2019

L'aide et l'action sociales

La DREES a rassemblé et synthétisé dans un ouvrage les statistiques disponibles sur l'aide et l'action sociales en France, définies comme les composantes de la protection sociale régies par le Code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce Panorama est complété par différents jeux de données.

L'aide et l'action sociales majoritairement portées par les collectivités locales

L'aide et l'action sociales représentent 10 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale en France. Près de la moitié de ces dépenses sont à la charge des départements et un tiers sont financées par les organismes de sécurité sociale. Les communes et l'État y contribuent également. Elles portent principalement sur l'accompagnement des personnes âgées ou handicapées, l'insertion professionnelle et sociale, la famille et la protection de l'enfance.

4,5 millions d'aides sociales départementales attribuées en décembre 2020

Fin 2020, les départements ont attribué 4,5 millions de mesures ou de prestations d'aide sociale, en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) hors Mayotte. Ce nombre représente la somme :

- des foyers allocataires du revenu de solidarité active (RSA) ou du revenu de solidarité (RSO) : 46 % du total ;
- des aides sociales destinées aux personnes âgées (33 %) ou handicapées (13 %) ;
- des mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) pour des mineurs ou jeunes majeurs en danger ou en risque de l'être (8 %).

Ces aides concernent 6,4 % de la population française (hors conjoints et personnes à charge des allocataires du RSA).

Des dynamiques différentes selon les champs de l'aide sociale

En 2020, le nombre total d'aides sociales augmente de 3,0 %, contre +1,4 % en 2019. Cette hausse globale est le résultat d'évolutions différentes selon les domaines d'aide sociale, en lien avec la crise sanitaire et sociale due au Covid-19.

En conséquence de la forte dégradation de la situation économique, le nombre d'allocataires du RSA et du RSO croît de 7,4 % entre fin 2019 et fin 2020. Au contraire, les nombres d'aides sociales aux personnes âgées ou handicapées et de mesures d'ASE croissent plus faiblement qu'auparavant, voire diminuent.

40,4 milliards d'euros de dépenses pour l'année 2020

L'aide sociale représente 70 % du budget de fonctionnement des conseils départementaux, hors collectivités territoriales à statut particulier. Les dépenses annuelles brutes d'aide sociale départementale s'élèvent à 41,8 milliards d'euros. Une fois déduits différents recouvrements et récupérations, les dépenses nettes s'établissent à 40,4 milliards d'euros en 2020.

Les taux de bénéficiaires et les dépenses moyennes d'aide sociale par habitant sont hétérogènes d'un département à l'autre. Ils varient notamment selon le contexte socio-démographique.

JEU DE DONNÉES

Les dépenses d'aide sociale départementale.
Données 1999-2021

JEU DE DONNÉES

Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes âgées ou handicapées (APA, PCH, ASH, Aides ménagères...).
Données 1996-2021

JEU DE DONNÉES

Les bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance.
Données 1996-2021

JEU DE DONNÉES

Le personnel de l'action sociale et médico-sociale départementale.
Données 2014-2021

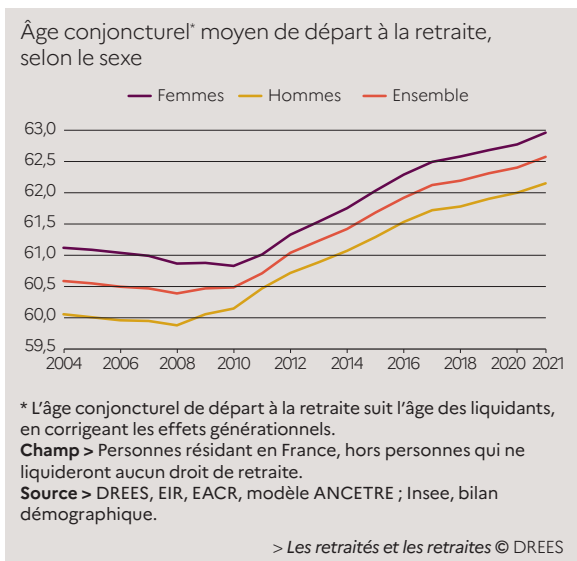
Retraite

La DREES apporte son appui à l'évaluation des politiques publiques en matière de retraite grâce à une importante production statistique.

La DREES édite chaque année un ouvrage de référence, *Les retraités et les retraites*, et publie de nombreuses études et jeux de données qui complètent et actualisent cet état des lieux. Par ailleurs, son modèle de microsimulation (Trajectoire) permet d'analyser en détail les propriétés de notre système de retraite (situation financière, niveau des pensions des assurés, redistribution, etc.) et de simuler les effets de scénarios de réforme.

Un ouvrage de référence actualisé chaque année

Le nombre de retraités, leur profil, le montant de leurs pensions, leur niveau de vie... Ce Panorama de la DREES rassemble des éléments de cadrage et des chiffres clés qui permettent d'appréhender la question des retraites, premier poste de dépenses de la protection sociale.



PANORAMAS SOCIAL

Les retraités et les retraites

Quelques exemples de sujets abordés

- Combien y a-t-il de retraités en France ?
- Quel est l'âge moyen de départ à la retraite ?
- À combien s'élève la pension moyenne ?
- Quel est l'âge de départ à la retraite souhaité ?
- Quelles sont les motivations pour partir à la retraite ?



Découvrir l'édition 2023.

Sources et enquêtes

Pour réaliser ces études et collecter ces données, la DREES mobilise diverses sources et enquêtes :

- l'échantillon interrégimes de retraités (EIR), qui permet de décrire les caractéristiques des retraités pour l'ensemble des régimes ;
- l'enquête annuelle auprès des caisses de retraite (EACR) ;
- l'échantillon interrégimes de cotisants (EIC), qui étudie les droits à la retraite pour l'ensemble des régimes. Couplé avec l'EIR, il articule les passages de l'emploi à la retraite et permet de réaliser des projections, notamment grâce à Trajectoire ;
- l'enquête sur la retraite supplémentaire, qui permet de connaître les informations sur les souscripteurs, les cotisations et les rentes versées.

Le modèle ANCETRE permet d'estimer annuellement les effectifs et pensions tous régimes du système de retraite en rapprochant l'EIR et l'EACR.

QUELQUES ÉTUDES PUBLIÉES EN 2022



LES DOSSIERS DE LA DREES

Retraite : règles de la fonction publique et du privé. Comparaison du calcul des droits à la retraite à l'aide du modèle Trajectoire

Le modèle de microsimulation Trajectoire a permis de simuler la pension que les assurés des régimes de la fonction publique percevraient si les règles des salariés du privé leur avaient été appliquées. Les résultats montrent des situations très diverses : les fonctionnaires aux pensions les plus élevées seraient majoritairement perdants, tandis que les individus aux pensions des tranches intermédiaires seraient plus souvent gagnants.



ÉTUDES ET RÉSULTATS

Retraite : entre 35 et 44 ans, les femmes des générations 1970 valent autant de trimestres que les hommes

Cette étude sur les durées d'assurance des affiliés est basée sur l'échantillon interrégimes de cotisants, qui regroupe les données issues d'une soixantaine de régimes de retraite. Cet échantillon, réalisé tous les quatre ans, permet de suivre l'évolution, au fil des générations, des durées d'assurance validées auprès de l'ensemble des régimes de base du système de retraite français, aux différents âges de la carrière.

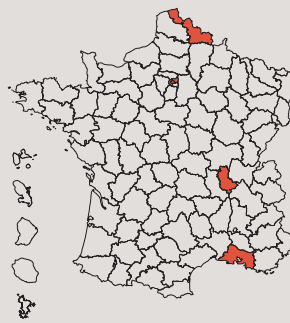
VILAS : un outil pour visualiser les indicateurs localisés sur l'action sociale

Dans la continuité de sa démarche d'ouverture des données, des algorithmes et des codes sources, la DREES a mis à disposition du grand public, fin 2022, un outil de datavisualisation des principaux indicateurs portant sur l'action sociale conduite par les conseils départementaux.

Cet outil, conçu avec des représentants des départements et de la Direction générale de la cohésion sociale, a pour objectif de faciliter l'accès et l'appropriation des données sur l'action sociale départementale, pour la plupart produites par ces collectivités et transmises régulièrement à la DREES.

Baptisé VILAS, cet outil permet notamment de comparer les départements ayant des caractéristiques proches (taille de la population, structure par âge, taux de pauvreté...) et il sera enrichi de nouvelles données et fonctionnalités au cours des années à venir.

Départements similaires en taille de population



La taille de la population de Paris est similaire à celle du Rhône, du Nord, des Bouches-du-Rhône et de la Seine-Saint-Denis.

> VILAS © DREES

Minima sociaux et prestations sociales

Chaque année, la DREES publie un ouvrage qui rassemble les données disponibles sur les dispositifs de redistribution destinés aux ménages, notamment les plus modestes. Elle est également à l'origine de nombreuses études et jeux de données.

En 2019, en France métropolitaine, 9,2 millions de personnes sont pauvres monétairement

Le niveau de vie de ces individus est inférieur à 60 % du niveau de vie médian, soit 1102 euros par mois. Les prestations sociales non contributives représentent au total 38 % de leur revenu disponible (1 % de minima sociaux, 11 % d'aides au logement, 10 % de prestations familiales et 3 % de prime d'activité). Elles augmentent le niveau de vie des personnes pauvres de 335 euros en moyenne par mois, sans toutefois leur permettre de franchir le seuil de pauvreté.

Les prestations sociales diminuent le taux de pauvreté

Jointes à la fiscalité directe, les prestations sociales font baisser le taux de pauvreté de 7,6 points en 2019 : 14,6 % de la population métropolitaine est pauvre, contre 22,2 % qui le serait si ces prestations et les impôts directs n'existaient pas (voir encadré ci-dessous). L'effet de la redistribution sur le taux de pauvreté est particulièrement marqué pour les familles

monoparentales, les familles nombreuses, les jeunes de moins de 20 ans et les personnes handicapées de 15 ans ou plus.

Le nombre d'allocataires de minima sociaux diminue nettement en 2021

En légère hausse entre fin 2016 et fin 2019, le nombre d'allocataires de minima sociaux a augmenté de 4,4 % en 2020, sous l'effet de la crise sanitaire, pour atteindre 4,47 millions d'individus fin 2020. Les effectifs du RSA ont particulièrement augmenté en 2020 (+7,4 % contre +0,6 % en 2019) puis ont sensiblement diminué en 2021 (-6,2 %), le nombre total d'allocataires de minima sociaux baissant, quant à lui, de 3,5 %. Environ 20 % des bénéficiaires du RSA sortent des minima sociaux d'une fin d'année à la suivante. Parmi eux, trois sur cinq en sortent pour au moins cinq ans, et la moitié ont un emploi à la fin de l'année où ils en sortent. Nombreux sont toutefois les bénéficiaires du RSA faisant des allers-retours dans les minima sociaux.

Le taux de pauvreté monétaire en 2019

Avant redistribution

22,2 %
de la population métropolitaine
serait pauvre sans les prestations sociales*
et les impôts directs
Soit
14,1 millions de personnes

Après redistribution

14,6 %
de la population métropolitaine
est pauvre
Soit
9,2 millions de personnes

Les effets de la redistribution sur le taux de pauvreté



-20,7 points
Familles monoparentales avec au moins deux enfants



-12,7 points
Moins de 20 ans



-11,9 points
Personnes handicapées de 15 ans ou plus
(y compris personnes âgées)

* Prestations familiales, aides au logement, minima sociaux, Garantie jeunes et prime d'activité.

Champ > Personnes résidant en logement ordinaire, en France métropolitaine.

> Minima sociaux et prestations sociales © DREES



JEU DE DONNÉES

Minima sociaux : un net reflux du nombre d'allocataires en 2021 après la forte hausse de 2020



JEU DE DONNÉES

La part des personnes orientées parmi les bénéficiaires du RSA augmente en 2021



ÉTUDES ET RÉSULTATS

Fin 2018, un bénéficiaire de minima sociaux sur six n'avait pas de complémentaire santé



« Nos outils ont permis d'estimer les effets de la réforme du mode de calcul de l'AAH »

Franck Arnaud
sous-directeur, Synthèses, études économiques et évaluation

La DREES a publié plusieurs études sur le non-recours en 2022. Pouvez-vous nous en dire plus ?

Le non-recours aux prestations sociales est un enjeu essentiel pour la prévention et la réduction de la pauvreté, et un axe de travail majeur pour la DREES. Une première publication en début d'année présentait la méthode utilisée par la DREES pour mesurer le non-recours au RSA. Cette méthode, qui repose sur le modèle de microsimulation Ines (voir p. 13), permet d'estimer qu'en 2018, un tiers (34 %) des foyers éligibles au RSA seraient non recourants chaque trimestre et qu'un sur cinq (20 %) le seraient de façon pérenne, c'est-à-dire pendant trois trimestres consécutifs.

Au total, les sommes non versées du fait du non-recours au RSA atteindraient 750 millions d'euros par trimestre sur le champ couvert. La DREES s'intéresse également au non-recours à d'autres prestations, comme la complémentaire santé solidaire (CSS) ou le minimum vieillesse, et au non-recours dans d'autres pays. Les données collectées montrent qu'il s'agit d'un phénomène d'ampleur qui concerne un grand nombre de pays européens.

Quelle suite sera donnée à ces travaux en 2023 ?

Nous allons continuer de travailler sur ce sujet, en actualisant nos études et en les approfondissant. Nous disposerons prochainement des données pour l'année 2019. À moyen terme, nous approfondirons ces travaux en analysant les déterminants de ce non-recours et en étendant l'analyse à d'autres prestations sociales.

Cela passe d'abord par l'adaptation et l'amélioration de nos outils de microsimulation. L'année 2023 sera marquée par des investissements dans ce domaine, pour disposer d'une analyse plus fine.

Comment ces données sont-elle ensuite mobilisées pour les politiques publiques ?

Mieux appréhender le non-recours est le préalable indispensable pour que les politiques publiques puissent ensuite atteindre les objectifs et les populations visées par les dispositifs mis en place.

Les outils sur lesquels nous travaillons, notamment ceux de microsimulation, et les études qui en découlent contribuent à la réflexion et à la prise de décision en matière de politiques publiques. Ils permettent d'anticiper les effets des mesures envisagées, que ce soit en termes de dépense globale ou d'effets redistributifs. La DREES a par exemple été sollicitée en amont du projet de réforme de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) afin d'estimer les effets de la déconjugalisation de cette aide et d'observer quels seraient les effets de cette réforme sur différents cas types. Nous avons, pour ce faire, mobilisé le modèle Ines.

Cet exemple illustre notre mission de conseil auprès de nos ministres de tutelle, pour lesquels il est essentiel de s'appuyer sur des données chiffrées. C'est d'ailleurs à ce titre que le modèle Ines est actuellement mobilisé, dans le cadre du projet de solidarité à la source.

Le Baromètre d'opinion des Français sur la santé et la protection sociale

Le Baromètre de la DREES suit, depuis 2000, l'évolution de l'opinion des Français à l'égard de la santé, de la protection sociale et des inégalités sociales. Le caractère annuel et l'ancienneté de cette enquête en font un outil de suivi conjoncturel précieux pour appréhender l'évolution de l'opinion sur les politiques en matière de santé et de solidarité.

Les données du Baromètre sont publiées de manière exhaustive chaque année en juillet et font également l'objet d'exploitations spécifiques dans le cadre d'études publiées régulièrement par la DREES.

Les études issues du Baromètre publiées en 2022 livrent un éclairage intéressant sur la perception qu'ont les Français du système de protection sociale, notamment durant la crise sanitaire.

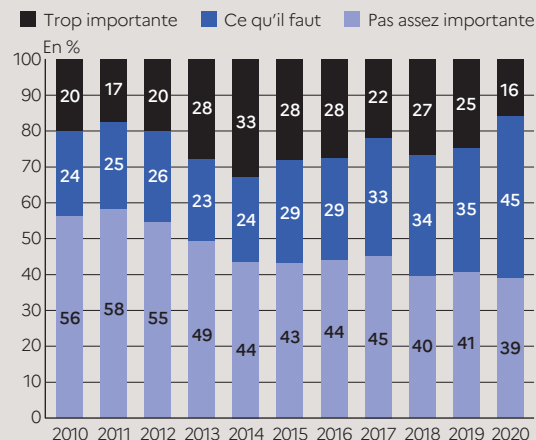
Un attachement accru des Français au modèle social

Dans le contexte de la crise sanitaire, les répondants à l'enquête (4000 personnes interrogées) soutiennent davantage l'intervention de l'État en matière économique et sociale en 2020 que par le passé et confirment leur attachement au modèle de protection sociale. Ils sont de plus en plus nombreux à souscrire à l'opinion qu'il est plus important de maintenir les prestations et remboursements d'assurance maladie au niveau actuel que de réduire le déficit de la Sécurité sociale : 64 % partagent cet avis en 2020 (contre 61 % en 2019 et 53 % en 2015). Cette édition du Baromètre permet également de montrer que la demande de protection sociale est plus marquée parmi les personnes vulnérables. À noter : les jeunes et les familles monoparentales soutiennent davantage un renforcement de l'État providence et un niveau de protection sociale important que les autres catégories de la population.

Une autre étude de la DREES issue du Baromètre montre que les jugements des Français sur les inégalités et les politiques redistributives sont fréquemment corrélés à leur perception de la position qu'ils occupent dans l'échelle des revenus. Ceux qui pensent se situer en haut de l'échelle des

revenus (à tort ou à raison) se déclarent ainsi un peu moins préoccupés par la pauvreté, considèrent plus souvent que la société est juste et que le mérite individuel est plus déterminant que le hasard des circonstances ou le milieu social de naissance pour réussir dans la vie.

Opinion sur l'intervention de l'État en matière économique et sociale



Lecture > En 2020, 45 % des enquêtés déclarent qu'il y a ce qu'il faut en termes d'intervention de l'État en matière économique et sociale, 16 % qu'il y en a trop et 39 % qu'il n'y en a pas assez.

Champ > Personnes âgées de 18 ans ou plus résidant en France métropolitaine.

Source > DREES, Baromètre d'opinion 2020.

> Études et Résultats 1228 © DREES

Les Français et le « 100 % santé »

Mise en place dans le but de réduire le renoncement aux soins, notamment des plus modestes, la réforme du « 100 % santé » instaure la prise en charge intégrale des dépenses associées à certains équipements (lunettes, prothèses dentaires et appareils auditifs). Mais cette mesure, intervenue en janvier 2021, parvient-elle à atteindre ces populations ?

Le Baromètre de la DREES apporte des éléments de réponse. Il montre que si la connaissance de ce dispositif

est plus marquée auprès des plus diplômés (60 % en ont entendu parler), sa connaissance progresse chez les plus modestes en 2021, et les intentions de recours sont plus élevées parmi les populations vulnérables, notamment parmi celles qui disent avoir dû renoncer, pour des raisons financières, à des soins dentaires, à des lunettes ou à un appareil auditif dont elles avaient besoin (70 % d'intention de recours). L'intention de recours à ce dispositif diminue quand les revenus s'élèvent, de 72 % parmi les 20 % les plus modestes à 28 % pour les 20 % les plus aisés.



ÉTUDES ET RÉSULTATS

Un attachement accru des Français au modèle social fin 2020 durant la crise sanitaire



ÉTUDES ET RÉSULTATS

L'opinion des Français sur les inégalités reflète-t-elle leur position sur l'échelle des revenus ?



ÉTUDES ET RÉSULTATS

« 100 % santé » : fin 2021, un peu plus de la moitié des Français en ont entendu parler

Edifis : un outil pour visualiser les effets redistributifs du système socio-fiscal français

La DREES a mis en ligne, en 2022, la maquette Edifis (maquette d'Évaluation des Dispositifs Fiscaux et Sociaux sur cas types), qui permet de visualiser la composition du revenu disponible (après prestations perçues et impôts versés) d'un ménage type en fonction de ses salaires. Elle distingue les aides au logement, les prestations familiales, le RSA, la prime d'activité, etc. Les résultats sont exportables sous forme de tableaux et de graphiques.

Cet outil, qui simule la législation en vigueur au 1^{er} juillet des années 2015 à 2022, permet :

- d'éclairer les effets redistributifs du système socio-fiscal français ;

- de comparer les effets redistributifs sur différents types de ménages ;
- d'effectuer une analyse longitudinale de la redistribution monétaire.



La maquette sera mise à jour et enrichie en continu pour répondre aux besoins des utilisateurs. [Accéder à la maquette](#)

Les comptes nationaux de la santé

Les comptes nationaux de la santé sont publiés chaque année par la DREES. Ils dressent un état des lieux détaillé de la consommation et du financement des soins de santé et des biens médicaux. Ces comptes présentent des données depuis 1950, ce qui permet d'analyser les évolutions et tendances à l'œuvre sur longue période.

Il s'agit de la seule publication proposant une vision de l'ensemble des dépenses de santé quel que soit leur financeur : l'Assurance maladie, l'État, les collectivités locales, les organismes complémentaires ou les ménages eux-mêmes. Ces données, qui permettent d'éclairer le débat sur l'efficacité des dépenses de santé, sont mobilisées pour le pilotage des politiques publiques en matière de santé. Elles sont par ailleurs utilisées pour l'élaboration des comptes de la santé dans un cadre harmonisé au niveau international (SHA – System of Health Accounts) et piloté par les instances internationales (OCDE, Eurostat, OMS). Ce cadre permet d'établir des comparaisons entre pays des dépenses de santé sur des bases fiables et harmonisées.

Une hausse historique de la consommation de soins et de biens médicaux en 2021

Après une chute d'activité engendrée par les mesures de restriction sanitaire en 2020, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) a connu, en 2021, sa plus forte hausse depuis trente ans. Tous les secteurs de soins contribuent à cette augmentation. Après une chute de la consommation des soins de ville en 2021 du fait des mesures de restriction sanitaire (-3,3 %), celle-ci rebondit en 2022 (+11,2 %). La consommation de soins hospitaliers augmente fortement (+6,2%) pour la deuxième année consécutive, en raison notamment de la hausse des rémunérations de personnels accordées dans le cadre du Ségur de la santé et des surcoûts liés aux nouvelles mesures mises en place pour lutter contre le Covid-19.

En 2021, la CSBM atteint 226,7 milliards d'euros, soit une dépense moyenne de 3 350 euros annuels par habitant. La part de la CSBM dans le PIB reste cependant stable car l'activité économique repart en 2021, après la contraction liée à la crise sanitaire en 2020.

L'accélération du dispositif « 100 % santé » en 2021

Mise en place par étape à partir de 2019, la réforme du « 100 % santé » vise à limiter le renoncement aux soins, notamment des ménages les plus modestes, en réduisant les restes à charge de certains équipements jusqu'ici trop onéreux pour les ménages : lunettes, prothèses dentaires et appareils auditifs.

Cette réforme instaure la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé des dépenses pour un panier d'équipements dits « 100 % santé ». Les comptes de la santé permettent notamment de suivre l'évolution de la consommation de ces équipements pour estimer l'impact de la réforme. Ils montrent une forte augmentation de ces postes en 2021, soutenus par l'essor de ce dispositif mais également par un probable effet de report de consommation entre 2020 et 2021.

Les dépenses de consommation des secteurs concernés par la réforme du « 100 % santé »
Évolution par rapport à 2020



Prothèses dentaires
+26 %



Audioprothèses
+60 %



Optique médicale
+16 %

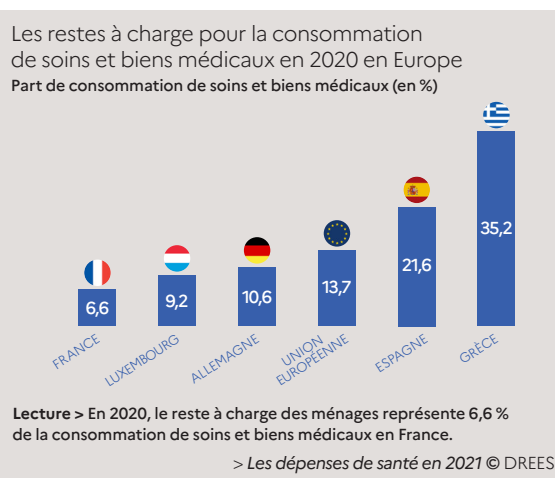
> Les dépenses de santé en 2021 © DREES

La France demeure l'un des pays où le reste à charge des ménages en santé est le plus faible

Les comparaisons internationales montrent que l'Allemagne et la France sont les deux pays de l'Union européenne qui consacrent les parts de PIB les plus élevées à la santé en 2020 (dernière année pour laquelle les données sont disponibles pour l'ensemble des pays de l'OCDE). La France est le pays où le reste à charge est le plus faible. Il s'établit à 6,6 % de la consommation de santé, contre 10,6 % en Allemagne par exemple.

PANORAMAS DE LA DREES

Les dépenses de santé en 2021. Résultats des comptes de la santé



Au cœur du débat sur l'efficacité des dépenses de santé



Fabrice Lenglard, directeur de la DREES, Dominique Polton, présidente de la Commission des comptes de la santé, et François Braun, ministre de la Santé et de la Prévention, lors de la Commission des comptes de la santé en septembre 2022.

Chaque année, les principaux enseignements des comptes nationaux de la santé sont présentés en septembre lors de la Commission des comptes de la santé, en présence du ministre de la Santé et de la Prévention, de représentants des professionnels de la santé, des personnalités et acteurs du secteur et d'un collège de personnalités qualifiées, composé de chercheurs et de spécialistes du domaine. Il s'agit d'un lieu d'échange qui permet d'avoir le retour des acteurs de terrain sur l'efficacité des dépenses de santé et les orientations à leur donner. Les travaux de cette commission s'inscrivent dans le cycle préparatoire du projet de loi de financement de la Sécurité sociale discuté par le Parlement à l'automne.

Les comptes de la protection sociale

La DREES publie chaque année les comptes de la protection sociale, qui fournissent une estimation des dépenses et des recettes du système de protection sociale. Ce dernier couvre l'ensemble des opérations contribuant à la couverture des risques sociaux auxquels les individus sont exposés. Ces comptes apportent des données à partir de 1959, ce qui permet d'analyser les grandes évolutions historiques du système de protection sociale français.

Les comptes de la protection sociale retracent les dépenses et les recettes de l'ensemble des acteurs de la protection sociale : celle des caisses de Sécurité sociale mais également de l'ensemble des administrations publiques (État, collectivités territoriales notamment) et des acteurs privés de la protection sociale (associations, mutuelles, institutions de prévoyance par exemple). Ils couvrent l'ensemble des risques sociaux : c'est-à-dire des événements pouvant avoir un effet négatif sur le revenu ou entraînant une augmentation des besoins.

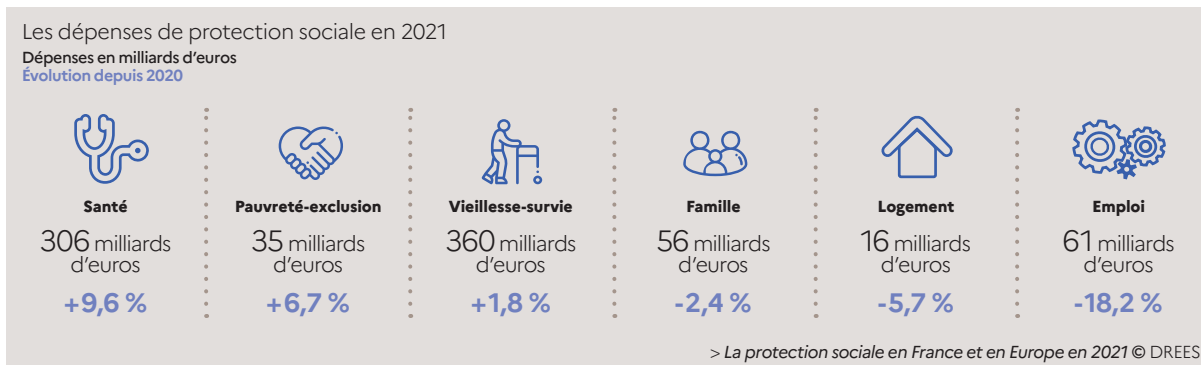
Ceux-ci sont regroupés en six fonctions : santé, pauvreté-exclusion, vieillesse-survie, famille, logement et emploi.

L'élaboration des comptes de la protection sociale s'inscrit dans le cadre du système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (Sespros), supervisé par Eurostat. Ces données permettent ainsi des comparaisons internationales et une évaluation des différentes mesures de politique sociale en France et en Europe.

Les dépenses de protection sociale continuent de progresser en 2021

Les dépenses de prestations sociales augmentent de 2,4 % en France en 2021 et de 3,1 % en moyenne dans l'Union européenne (UE-27), après une hausse exceptionnelle de 6,9 % en France en 2020. Notre pays consacre 33,3 % de son produit intérieur brut (PIB) à la protection sociale, soit 834 milliards d'euros par an. C'est le pays d'Europe qui affecte la part de PIB la plus importante aux dépenses de protection sociale.

Les dépenses de maladie sont le principal facteur de la hausse des dépenses de 2021, du fait de la vaccination, des campagnes de dépistage du Covid-19 et de la reprise des soins médicaux. En fin d'année, les dépenses de protection sociale du risque pauvreté et exclusion sociale progressent, avec les premières mesures pour faire face au début du regain d'inflation. La prochaine édition permettra d'estimer le montant des différentes mesures mises en place.



12 350 euros de prestations sociales par habitant en 2021 en France

Ce montant représente 2 200 euros de plus que la moyenne de l'UE-27 (10 150 euros), mais est inférieur à celui d'autres pays comme l'Autriche (14 500 euros en parité de pouvoir d'achat sur une base française). De manière générale, les retraites et la santé sont les principaux postes de la protection sociale en France et en Europe.

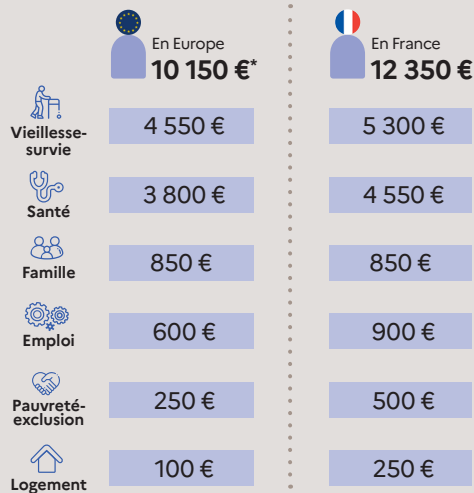
Un rebond des ressources de la protection sociale

Sous l'effet du redémarrage de l'activité et du rebond des salaires et de la consommation, les ressources de la protection sociale connaissent une hausse de 5,2 % en 2021. En conséquence, le déficit de la protection sociale se réduit, pour s'établir à 18 milliards d'euros, après avoir atteint un record de 49 milliards d'euros en 2020. Néanmoins, ce déficit ne reflète qu'en partie l'ampleur du choc absorbé par les administrations publiques (financement des dispositifs exceptionnels, comme le chômage partiel ou l'indemnité inflation), dont le déficit total atteint 162 milliards d'euros en 2021, soit 6,5 % du PIB.

PANORAMAS DE LA DREES

La protection sociale en France et en Europe en 2021.
Résultats des comptes de la protection sociale

Montant moyen de prestations sociales par an et par habitant en 2021



* En parité de pouvoir d'achat sur une base France.

Lecture > En 2021, en France, le montant moyen de prestations sociales par habitant s'élève à 12 350 euros. Le montant moyen versé par habitant au titre du risque vieillesse-survie représente 5 300 euros.

> La protection sociale en France et en Europe en 2021 © DREES

Un colloque international sur le non-recours aux prestations sociales

Le non-recours aux prestations sociales est un phénomène d'ampleur et durable dans de nombreux pays européens. En France, il est au cœur de la politique de prévention et de réduction de la pauvreté. Plusieurs études sont parues à ce sujet en 2022 et la DREES organisait, le 13 décembre, un colloque avec l'appui de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), en présence de Jean-Christophe Combe, ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées.

Ce rendez-vous a réuni plus de 500 personnes : chercheurs, décideurs publics et acteurs de terrain de toute l'Europe (Royaume-Uni, Espagne, Pays-Bas, Suisse, etc.).

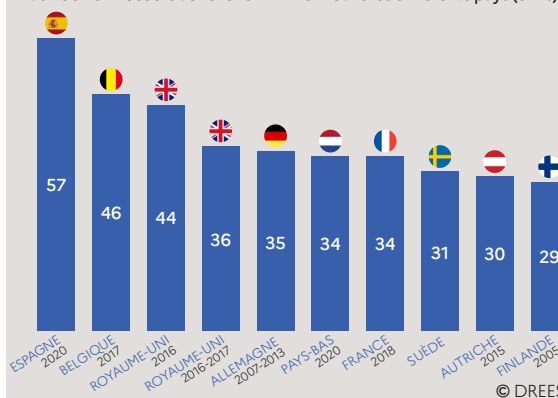
Après un état des lieux sur les taux de non-recours aux prestations de solidarité en France et dans plusieurs pays européens pour montrer l'ampleur du phénomène, les intervenants ont pu échanger sur les perspectives d'amélioration de la connaissance du sujet, préalable à la lutte contre le non-recours, et les initiatives mises en place par certains pays pour le réduire.



Pour quantifier le non-recours aux prestations sociales, la DREES mobilise notamment la micro-simulation, qui lui permet d'estimer le nombre de personnes éligibles au RSA et de le rapprocher du nombre de bénéficiaires. [Voir la vidéo](#)

Un phénomène d'ampleur en Europe

Taux de non-recours au revenu minimum dans les différents pays (en %)



Des taux de non-recours souvent supérieurs à 30 % en France

% de non-recourants
(personnes éligibles ne percevant pas cette prestation)



Minimum vieillesse*
50 %
des personnes seules en 2016

Revenu de solidarité active**
34 %
en 2018

Assurance chômage***
30 %
en 2018-2019

Nombre de personnes concernées



320 000
personnes

600 000
foyers chaque trimestre

540 000
personnes

Montants non versés par an



1 milliard €

Environ **3 milliards €**

Non disponible

* Les Dossiers de la DREES n°97 ; ** Les Dossiers de la DREES n°92 ; *** Document d'études n°263, Dares.

Jean-Christophe Combe, ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, a clôturé le colloque, rappelant que la lutte contre le non-recours constituait « l'une des priorités de ces prochaines années en matière de politique de solidarités (...) » et qu'elle était « inscrite au cœur du Pacte des solidarités ». Il a rappelé les efforts déjà mobilisés et ceux à venir, notamment la solidarité à la source, l'expérimentation « territoires zéro non-recours » et le comité des parties prenantes pour l'accès aux droits.



LES DOSSIERS DE LA DREES

Mesurer régulièrement le non-recours au RSA et à la prime d'activité : méthode et résultats

LES DOSSIERS DE LA DREES

Quantifier le non-recours aux minima sociaux en Europe, un phénomène d'ampleur qui peine à susciter le débat

LES DOSSIERS DE LA DREES

Le non-recours au minimum vieillesse des personnes seules

JEU DE DONNÉES

Complémentaire santé solidaire avec participation financière : un taux de non-recours en baisse pour la première fois en 2021

La Mission Recherche (MiRe)

L'année 2022 a été particulièrement riche pour la MiRe, qui, en plus de soutenir une grande variété de programmes de recherche, a fêté ses 40 ans et a organisé un colloque sur la protection sociale des travailleurs de plateforme. Cette année a également été marquée par la publication d'une nouvelle édition du rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS), très attendu, sur les premiers effets de la crise sanitaire liée au Covid-19 en matière de risque suicidaire.

Les 40 ans de la MiRe

La MiRe a célébré ses 40 ans en mai 2022. À cette occasion, un événement festif a permis de réunir les partenaires de la MiRe, issus des mondes de la recherche, de la statistique et des instances publiques. Ce grand rendez-vous a été l'occasion de se replonger dans les temps forts de l'histoire de la MiRe, d'inviter des structures jumelles dans d'autres ministères et d'interroger les rapports entre la recherche et la décision publique à travers différents exemples. Ils sont nombreux puisqu'en 40 ans d'existence la MiRe a lancé quelque 100 programmes de recherche !



La recherche et les politiques publiques en ligne de MiRe

La MiRe lance et coordonne des programmes de recherche visant à produire des connaissances sur les politiques sanitaires et sociales et à alimenter les réflexions et décisions des administrations, des partenaires institutionnels ou des acteurs opérationnels. Elle assure donc un rôle de passerelle entre ces différents univers. En 2022, en partenariat

avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), elle a promu des recherches sur les usages des technologies numériques dans le champ de la santé, de l'autonomie et de l'accès aux droits. La MiRe pilote par ailleurs l'Observatoire national du suicide et les travaux d'études sur la complémentaire santé solidaire.

Un colloque sur le travail de plateforme et les usages de la protection sociale

La MiRe a coorganisé, avec la Dares, un colloque sur les plateformes de mise en relation, qui ont fait évoluer les modes de consommation et de production ces dernières années. En ligne ou via une application, offreurs et demandeurs d'un service ou d'un bien peuvent se rencontrer sur un espace numérique, sans contrainte de temps ou de distance. Sur ce marché du travail digitalisé, le « travailleur de plateforme » a de multiples visages : celui du livreur à vélo, du développeur informatique, du professeur particulier... Amateur ou qualifié, travailleur d'un jour ou régulier, il exerce en tant que particulier, indépendant, même si, parfois, son autonomie est limitée et les conditions d'exercice de son activité peu éloignées de celles d'un salarié. L'hétérogénéité des situations dans lesquelles les travailleurs des plateformes exercent leur activité interroge la capacité des diverses composantes de notre modèle de protection sociale à les couvrir de façon adéquate.

Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19

Le rapport de l'ONS publié en 2022 présente les premiers effets de la crise sanitaire liée au Covid-19 en matière de risque suicidaire. Il montre que les gestes suicidaires ont diminué au début de la pandémie, malgré une augmentation des troubles anxio-dépressifs et des difficultés de sommeil. Les décès par suicide ont ainsi baissé respectivement de 20 % et 8 % durant les deux confinements de 2020 par rapport aux années précédentes. Les épisodes de confinement ont pu atténuer ponctuellement le risque suicidaire, avec le sentiment de partage d'une épreuve collective, le moindre accès à certains moyens létaux, une surveillance accrue par les proches et une grande adaptation du système de soins psychiatriques.

On note cependant, à partir de la fin 2020, une augmentation très marquée des recours aux soins pour pensées et gestes suicidaires chez les adolescentes et les jeunes femmes. Ces évolutions accentuent des tendances préexistantes à la crise sanitaire, qui se caractérisent par de fortes inégalités sociales et de genre. En effet, des données inédites de l'EDP-Santé pour les années 2015-2017 permettent d'établir que le taux de tentative de suicide des jeunes femmes de 15 à 19 ans faisant partie des 25 % les plus pauvres de la population s'établit à près de huit fois le taux observé pour les hommes du même âge appartenant aux 25 % les plus aisés.



Voir les vidéos des tables rondes et sessions du colloque.

L'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé

L'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (**ONDPS**) poursuit sa mission de régulation du troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie. Il apporte également sa contribution à la réflexion stratégique et prospective de la régulation des professions de santé en assurant le suivi des objectifs arrêtés en 2021 pour les professions médicales et en préparant la tenue d'une conférence nationale sur les professions paramédicales en 2023.

Une mission de régulation du troisième cycle des études médicales

Dans la continuité de sa mission, l'ONDPS a proposé un nombre de postes d'internes à ouvrir pour les filières médecine, pharmacie et odontologie d'internat, ainsi que pour les options et les formations spécialisées transversales. Les propositions sont élaborées sur la base d'une expression de besoin concertée avec les acteurs régionaux, en lien avec les agences régionales de santé (ARS). Le travail de régulation tient compte des besoins en santé et des capacités de formation exprimés par les ARS, des objectifs nationaux fixés en termes de santé publique et de la recherche d'un meilleur équilibre territorial.

Les propositions de l'observatoire ont été concertées lors de conseils d'orientation, puis transmises au ministre de la Santé et de la Prévention et à celui de l'Enseignement supérieur et de la Recherche pour qu'ils puissent établir les arrêtés ouvrant des postes par spécialité et subdivision pour l'internat en odontologie, les options et formations spécialisées transversales, l'internat en médecine, l'internat en pharmacie.

Le suivi des objectifs nationaux pluriannuels de formation des professions médicales

L'Observatoire contribue à éclairer les perspectives démographiques des professions médicales. Si l'année 2021 a été celle de la proposition, en remplacement du *numerus clausus*, d'objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025, l'année 2022 a été celle du suivi de cette réforme pour veiller au respect de ces objectifs.

Le bilan de l'année écoulée, transmis aux ministres concernés, montrait que la première année de mise en œuvre respectait une trajectoire permettant d'atteindre les objectifs de formation à cinq ans pour les quatre filières concernées.

Une contribution à la réflexion prospective élargie aux professions paramédicales

L'ONDPS renforce, depuis 2020, sa contribution à la réflexion stratégique et prospective de la régulation des professions de santé et s'est engagé à l'étendre au champ des professions paramédicales.

Pour préparer la conférence nationale prévue en 2023, il est chargé d'organiser la concertation préalable, avec la mise en place d'un comité de pilotage accueillant les parties prenantes. Une série de groupes de travail thématiques se réuniront sur les questions de trajectoires de formation, de trajectoires professionnelles, d'estimation des besoins et d'attractivité de la formation et des métiers d'infirmière et d'aide-soignante.

Pour l'ensemble de ses missions, l'ONDPS s'appuie essentiellement sur les travaux statistiques de la DREES, mais aussi de la Dares, de la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP), de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

La Revue française des affaires sociales

La *Revue française des affaires sociales* (RFAS) publie quatre numéros par an. Créée en 1967, elle couvre un vaste champ : santé publique, organisation des soins, santé au travail, protection sociale, transferts sociaux, insertion professionnelle, action sociale, handicap, dépendance, enfance, famille, personnes âgées, logement, ville, discriminations, intégration, migrations, etc.



La RFAS est référencée en droit, sociologie et science politique par le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES). Diffusés sur abonnement par la Direction de l'information légale et administrative (ex-Documentation française), les différents numéros sont également disponibles sur le portail Cairn depuis 2001. La revue organise par ailleurs régulièrement des séminaires thématiques.

RFAS NUMÉRO 2022-1

Formes d'économie collaborative et protection sociale

Ce numéro, consacré à l'économie collaborative et à ses implications en matière de protection sociale, propose un article et deux entretiens, ainsi qu'une synthèse des travaux menés dans le cadre du programme de recherche de la MiRe et de la Mission animation de la recherche (MAR) de la Dares. Il est suivi par un article en *varia* sur les référents handicap dans la fonction publique.

RFAS NUMÉRO 2022-2

Quelles transformations des bureaucraties sociales ?

Ce dossier sur les transformations des bureaucraties sociales fait suite à un séminaire organisé en 2021. Cette

thématique de travail a été portée avec beaucoup de passion par Marianne Berthod-Wurmser, membre regrettée du comité de lecture. Le numéro comprend par ailleurs un article hors dossier sur une équipe mobile d'intervenants médico-sociaux.

RFAS NUMÉRO 2022-3

Quelle pertinence de l'âge dans les politiques publiques en 2022 ?

Ce numéro fait converger des analyses sur la jeunesse et sur le vieillissement qui interrogent la pertinence du critère de l'âge, par rapport à d'autres variables, dans la conception des politiques publiques. La revue comprend également un appel, en anglais, en faveur d'une sociologie politique des inégalités sociales de santé, un article qui restitue une recherche participative menée en pension de famille, ainsi qu'un contrepoint sur les enjeux éthiques et professionnels de « l'aller-vers », nouvelle forme de l'intervention sociale.

RFAS NUMÉRO 2022-4

La santé-travail au prisme de ses enjeux psychosociaux

La revue aborde les enjeux psychosociaux de la santé au travail à travers huit articles et un point de vue qui traitent successivement de la santé mentale dans les missions de service public, des « mises en travail » des troubles psychiques et des régulations du travail et de ses organisations. Il est complété par un article sur la transformation de l'équilibre des rapports de genre dans le capitalisme de plateformes et un autre sur la prise en compte des inégalités sociales dans les modèles de dépenses de santé.

L'indépendance du service statistique public

La DREES fait partie du service statistique public (SSP). À ce titre, son action s'appuie sur un engagement déontologique fort, qui repose notamment sur l'indépendance, le respect du secret statistique, l'impartialité et l'objectivité.

Qu'est-ce que le service statistique public ?



Jean-Luc Tavernier
Directeur général
de l'Insee

Le SSP, ce sont des femmes et des hommes au service de la production statistique. C'est un réseau, animé par l'Insee, d'une quinzaine de services statistiques ministériels, avec chacun une spécialisation sectorielle dont la DREES est l'éminent représentant pour les questions de santé et de solidarité.

Ce sont aussi des valeurs : intégrité, exigence, qualité : celles de la statistique publique maintenant gravées dans le Code de bonnes pratiques de la statistique européenne.

Les membres du SSP travaillent régulièrement main dans la main pour fournir des éclairages sous plusieurs angles d'une même problématique : l'Insee, du fait de sa gestion des répertoires des personnes, publie par exemple chaque année l'espérance de vie à la naissance, quand la DREES produit l'espérance de vie sans incapacité. L'Insee étudie l'évolution du nombre de décès toutes causes confondues ; la DREES s'intéresse, quant à elle, avec le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm et Santé publique France, aux causes de décès.

En quoi l'indépendance renforce-t-elle la qualité des données ?



Lucile Olier
Ancienne cheffe de
service de la DREES,
inspectrice générale
des affaires sociales

Le Code de bonnes pratiques de la statistique européenne est l'un des trois piliers du cadre qualité commun du système statistique européen. Et, au sein de ce code, le principe d'indépendance professionnelle est le premier sur les seize qu'il comporte. Il faut se souvenir des origines de ce code : la découverte, en 2004, de la falsification des comptes nationaux grecs par l'institut statistique sous la pression du pouvoir politique pour faciliter l'entrée de la Grèce dans l'euro en 2001. Cela illustre bien que l'indépendance est une condition nécessaire de la qualité des statistiques, et d'autant plus qu'elles sont sensibles.

L'indépendance professionnelle, c'est l'indépendance dans le choix des méthodes statistiques et des modalités de leur diffusion. C'est crucial. Cela permet de faire primer les considérations de méthode sur d'autres, notamment la dictature de l'urgence. Cela donne ainsi au statisticien le temps nécessaire pour concevoir la collecte de données et les traitements selon l'état de l'art, même si cela ne l'exonère pas de tenir les délais de diffusion au plus serré.

L'indépendance de la statistique publique, ça consiste en quoi ?



Mireille Elbaum
Ancienne directrice
de la DREES,
présidente de l'Autorité
de la statistique publique

L'indépendance de la statistique publique, c'est une lettre et un esprit. La lettre, c'est le respect du Code de bonnes pratiques de la statistique européenne, qui fixe le cadre. En application de ce code, ce sont les responsables des services statistiques publics qui, après consultation des usagers, définissent leurs programmes, déterminent les outils, le calendrier et le contenu des publications.

Le respect de ces règles est contrôlé par l'Autorité de la statistique publique, qui donne, en amont, son avis sur la nomination de ces responsables lorsqu'ils sont directeurs d'administration centrale. Elle auditionne l'ensemble de ces responsables quelque temps après leur prise de poste, et ensuite tous les quatre ou cinq ans, voire moins si ces services font l'objet d'un suivi spécifique. Le service statistique public s'est notamment doté, au début de l'année 2023, d'un cadre de référence pour la diffusion de l'ensemble des publications statistiques. Ce dernier rappelle les règles de mise à disposition de l'information, avec notamment le principe d'annonce préalable, d'égalité de traitement des utilisateurs et d'envois anticipés restreints sous embargo, qui « ne constituent pas une norme mais une tolérance » et doivent être « limités, contrôlés et rendus publics ».

Lorsque des incidents surviennent, les responsables du SSP se rapprochent de l'ASP, qui réagit auprès des autorités gouvernementales ou des médias en fonction de leur étendue et de leur nature. Tous les éventuels incidents sont ensuite relatés dans le rapport annuel de l'ASP. Ils sont globalement peu nombreux, un rappel des règles permettant en général de repartir sur de bonnes bases.

L'esprit de l'indépendance de la statistique publique, c'est la reconnaissance de sa valeur et de son positionnement unique dans un monde où la diffusion de données quantitatives s'étend, y compris de la part des organismes publics, de façon pas toujours complètement transparente et maîtrisée. Dans cet « océan » de données, les statistiques publiques doivent donner une série de garanties, motivées par leur finalité « d'information générale » : objectivité, neutralité, transparence et interprétabilité (définitions précises, champ défini, nomenclatures cohérentes et suivi permettant de comparer les résultats dans le temps).

« Le cadre de référence pour la diffusion des publications statistiques rappelle notamment (...) le principe d'égalité de traitement des utilisateurs »

Le service statistique public doit alors avoir les moyens d'exercer un rôle de maîtrise et de coordination en la matière. Il a par ailleurs la spécificité de pouvoir réaliser des analyses originales et élaborées, en effectuant, par exemple, des appariements de données sophistiqués, avec l'ensemble des données sociales et fiscales, ce qui lui permet de mettre en valeur la profondeur sociale des phénomènes observés. Ces spécificités sont un bien précieux, qui doit être mis en valeur et défendu.

La DREES vue par...



« Les travaux de la DREES ouvrent un champ des possibles pour le travail en local »

Sébastien Delescluse

Directeur général adjoint de l'Agence régionale de santé (ARS) Normandie

Sébastien Delescluse a découvert la DREES et ses travaux lorsqu'il était étudiant en médecine. Conseiller d'Olivier Véran, alors ministre des Solidarités et de la Santé, puis d'Élisabeth Borne, Première ministre, il a redécouvert ces travaux sous un nouveau jour, dans un contexte de crise sanitaire. Des plus hautes sphères de l'administration au terrain, en région, il explique comment les décideurs et acteurs de terrain s'en saisissent.

Comment avez-vous découvert les travaux de la DREES ?

J'ai découvert la DREES et ses travaux lors de mon cursus en santé publique. La première publication que j'ai lue portait sur les perspectives en matière de démographie médicale dans les années 2010. Ensuite, durant mon internat, dans le cadre des enseignements en statistiques et administration de la santé, les études de la DREES étaient régulièrement prises pour exemple d'illustration.

Vous avez découvert la DREES sous un nouveau jour lors de la crise sanitaire ?

Tout à fait, lorsque j'étais au cabinet d'Olivier Véran, chargé des sujets liés à l'enseignement supérieur et à l'offre de soins. Au-delà de travaux de statistique publique et de l'aide au pilotage, avec des analyses rétrospectives et des travaux prospectifs, la DREES est devenue un rouage essentiel de la gestion de crise du Covid-19. Son expertise pour mettre en place et exploiter des systèmes d'information dans

le cadre du suivi statistique de l'épidémie et les données qu'elle publiait étaient essentiels à la prise de décision immédiate. Nous attendions tous le mail de la DREES qui arrivait chaque jour à la même heure et qui nous était fort utile afin de bénéficier d'une vision globale, nécessaire à la prise de décisions. Cela a changé durablement notre regard sur la DREES.

Comment les acteurs de terrain, en région, se saisissent-ils de ces travaux ?

Les travaux de la DREES ouvrent un champ des possibles pour le travail local. De manière très concrète, nous les utilisons notamment pour l'élaboration de notre futur plan d'attractivité régional sur les métiers, avec une attention particulière portée aux projections démographiques des professionnels de santé. Les publications à l'échelon national nous permettent d'avoir la tendance globale, par exemple récemment sur l'exercice en groupe des médecins généralistes, afin de cerner le vécu des médecins et les avantages perçus. Certaines sont

illustrées de déclinaisons régionales qui constituent un véritable outil de communication vis-à-vis des acteurs locaux. Cela permet, au-delà du « bruit » ambiant et des remontées terrain que l'on a quotidiennement, de bien cerner la réalité.

Quel regard portez-vous sur la statistique publique ?

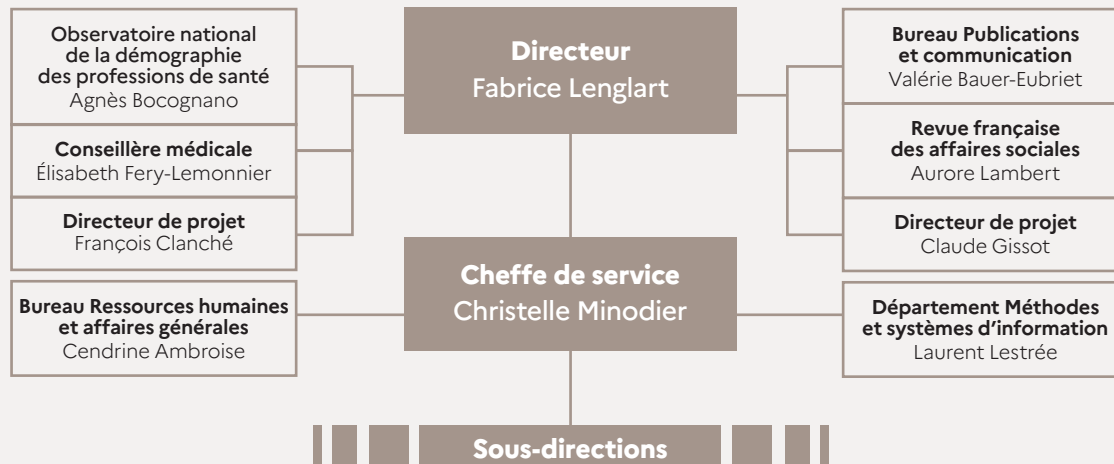
Les statistiques publiques permettent d'objectiver la réalité. Avec parfois des constats qui peuvent ne pas plaire à certains décideurs ou certaines communautés, mais il est important de connaître objectivement et précisément les dynamiques à l'œuvre sur

un certain nombre de sujets pour nous aider dans la prise de décisions en matière de politique publique de santé. L'indépendance du service statistique public garantit la vérité des chiffres, si je peux le dire ainsi, toute la question étant ensuite d'arriver à s'en servir au mieux pour aider

à la prise de décision, en parallèle des remontées du terrain. Il faut pour cela la bonne donnée au bon moment...

« L'indépendance
du service statistique
public garantit
la vérité des chiffres »

Organigramme

au 1^{er} juin 2023**Observation de la solidarité****Sous-directrice**
Julie Labarthe

- **Lutte contre l'exclusion**
Pierre-Yves Cabannes
- **Retraites**
Anthony Marino
- **Handicap, dépendance**
Layla Ricroch
- **Jeunesse, famille**
Emmanuelle Nauze-Fichet
- **Collectivités locales**
Isabelle Leroux

Observation de la santé et de l'assurance maladie**Sous-directeur**
Benoît Ourliac

- **Établissements de santé**
Fabien Toutlemonde
- **Professions de santé**
Jehanne Richet
- **État de santé de la population**
Vianney Costemalle
- **Assurance maladie et dépenses de santé**
Rosalinda Sototareff
- **Innovation et évaluation en santé**
Javier Nicolau

Synthèses, études économiques et évaluation**Sous-directeur**
Franck Arnaud

- **Redistribution et évaluation**
Benjamin Vignolles
- **Analyse des comptes sociaux**
Geoffrey Lefebvre
- **Recherche**
Valérie Ulrich
- **Relations et études internationales**

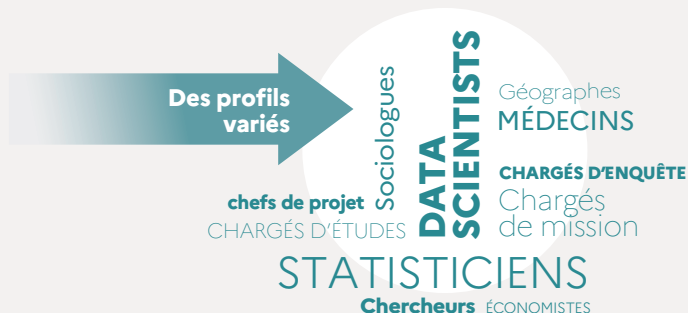
Observatoire national du suicide

Ressources humaines

173 collaborateurs
dont 1/3 d'agents de l'Insee

âge moyen **41** ans

57 % de femmes



Vous souhaitez travailler à la DREES ?

Nous rejoindre, c'est travailler pour une direction qui a une double identité : service statistique ministériel et direction de plein exercice du ministère de la Santé et de la Prévention et du ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées.

C'est aussi adhérer à nos valeurs : sens du service public, indépendance, rigueur et qualité.

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard
Conception et rédaction : Valérie Bauer-Eubriet
Conception graphique et maquette : Julie Eneau
Secrétariat de rédaction : Élisabeth Castaing et Laurence Lefebvre

Crédits photo : Ministères sociaux/DICOM/Nicolo Revelli-Beaumont/Sipa ; 40 ans de la MiRe : Ministères sociaux/DICOM/Céline Brégrand/Sipa ; Photos d'agents, iStock, Shutterstock

Merci à Jean-Luc Tavernier (Insee), Mireille Elbaum (ASP), Lucile Olier (IGAS) et Sébastien Delescluse (ARS Normandie) pour leur éclairage.

Les publications récurrentes de la DREES



Données



Étude



Ouvrage

SANTÉ ET SYSTÈME DE SOINS

ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

- Nombre de tests de dépistage du Covid-19 réalisés
- Statut vaccinal des personnes hospitalisées
- Les indicateurs de morbidité hospitalière 2021
- Les indicateurs de santé périnatale 2021
- L'espérance de vie sans incapacité en 2021
- Les interruptions volontaires de grossesse en 2022 (septembre)

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Démographie des professionnels de santé au 1^{er} janvier 2022
- Rémunérations dans la fonction publique hospitalière (septembre)
- Les écoles de formation aux professions de santé (octobre)
- Indicateurs d'accessibilité potentielle localisée aux professionnels de santé (octobre)
- Effectifs salariés hospitaliers secteur privé et secteur public (décembre)

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

- Les établissements de santé (juillet)
- Premiers résultats sur les capacités d'accueil hospitalières à fin 2021, SAE 2022 (septembre)
- Statistique annuelle des établissements de santé 2022, SAE, base statistique (octobre)
- Liste des maternités de France de 2000 à 2022 (décembre)
- Base ARES des agrégats régionaux des établissements de santé (décembre)
- Lits de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue (décembre)

COMPTES DE LA SANTÉ

- Les dépenses de santé (septembre)

SOLIDARITÉ

ENFANCE, JEUNESSE ET FAMILLE

- L'offre d'accueil du jeune enfant (juillet)

RETRAITE

- Retraite supplémentaire
- Effectifs de retraités, montants des pensions et âge de départ à la retraite
- Les retraités et les retraites
- Minimum vieillesse (décembre)

MINIMA SOCIAUX ET PAUVRETÉ

- Minima sociaux et prestations sociales (septembre)
- Minima sociaux : effectifs, montants... (novembre)
- Orientation et accompagnement des bénéficiaires du RSA (décembre)

PROTECTION SOCIALE

- Baromètre d'opinion de la DREES (juillet)
- Suivi des prestations de solidarité
- Couverture des risques sociaux par les organismes complémentaires
- Indicateurs sociaux départementaux
- Dépenses d'aides sociales départementales
- Comptes de la protection sociale : données définitives 2020 et semi-définitives 2021 (septembre)
- Comptes de la protection sociale (décembre)
- Comptes de la protection sociale : données provisoires 2021 (décembre)
- Aide sociale départementale (décembre)
- Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires (décembre)

PROFESSIONNELS DU SOCIAL

- Personnels de l'action sociale et médico-sociale des départements
- Formation aux professions sociales (novembre)

Au-delà de ces publications récurrentes, le calendrier hebdomadaire des publications de la DREES est actualisé chaque vendredi sur internet.

Une question, une remarque ?
DREES-INFOS@sante.gouv.fr

Contact presse
DREES-PRESSE@sante.gouv.fr

Pour vous abonner à nos publications
drees.solidarites-sante.gouv.fr



Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources



La DREES fait partie
du Service statistique public
pilote par l'Insee.