

Le système de santé sous le feu des attaques

Nathalie Coutinet*

« Détruire systématiquement l'œuvre du Conseil national de la Résistance » : le mot d'ordre du patron de l'assurance privée Denis Kessler a été largement mis en œuvre dans le domaine de la santé.

Jusqu'au début des années 1980, la Sécurité sociale, notamment le système de santé, constitue un élément clé de la satisfaction des besoins sociaux. Celui-ci contribue à l'amélioration de l'état de santé de la population, fournit un revenu de remplacement lors des arrêts maladie. Ce faisant, il favorise la prospérité économique car il permet de soutenir la croissance en créant de l'emploi, en augmentant la productivité du travail et la consommation finale. Cependant, en dépit de ses apports, les gouvernements successifs, en particulier à partir des années 1980, ont progressivement réformé ce système de santé, le rendant à la fois moins efficace et plus inégalitaire.

La Sécurité sociale : une innovation révolutionnaire

Le développement de la Sécurité sociale a conduit à une forte croissance des dépenses de protection sociale. L'un des deux risques les plus importants, l'assurance maladie obligatoire, va permettre, à partir des années 1950 et jusqu'en 1985, un développement considérable du système de soins français. La part de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM)¹ dans la richesse nationale a ainsi progressé de 4,4 points, passant de 2,5 % du PIB en 1950 à 6,9 % en 1985 (DREES 2017).

La Sécurité sociale contribue de façon croissante au financement de ces dépenses. En effet, de 1950 à 1980, sa part dans le financement de la CSBM est passée de 51 % à 79,9 %².

La généralisation progressive de la Sécurité sociale a permis d'une part de financer la demande de soins et, d'autre part, de développer à la fois l'équipement hospitalier et le nombre de personnels médicaux et paramédicaux tout en soutenant l'innovation médicale.

Ainsi, en solvabilisant la demande de soins, la Sécurité sociale a joué un rôle majeur dans la construction du système de santé français. Elle a participé au financement de la construction et de la modernisation des hôpitaux³ et contribué fortement à l'innovation thérapeutique et au développement des médicaments. Ces dépenses ont permis d'améliorer l'état de santé de la population et d'augmenter l'espérance de vie (Graphiques 1 et 2).

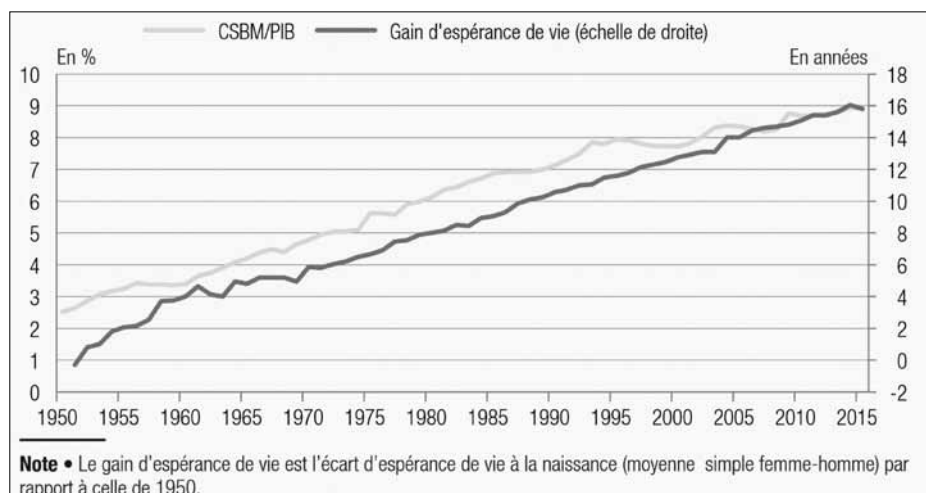
* Université de Sorbonne Paris Nord, CEPN-UMR CNRS 7234

1. La CSBM représente la valeur totale des biens et services de santé consommés : soins hospitaliers, soins ambulatoires, transports sanitaires, médicaments et autres biens médicaux comme l'optique, les prothèses, le petit matériel et les pansements.

2. De façon parallèle la part des dépenses des ménages se réduit, passant de 31 % en 1950 à 12 % en 1980.

3. La part des dépenses de l'État créée aux hôpitaux passe de 1,16 % du PIB en 1950 à 3,43 % en 1984.

Graphique 1 : Part de la CSBM dans le PIB et gain en espérance de vie



Source : DREES, 2017.

Graphique 2 : Taux de mortalité par cause de décès en France

Sources : Pison (2005).

Au-delà de cet effet sur l'état de santé de la population, la Sécurité sociale remplit également plusieurs fonctions économiques et sociales. D'abord, en assurant un revenu indirect à de nombreux ménages, elle permet d'entretenir un niveau soutenu et régulier de consommation. En France, les prestations sociales (hors prestations maladies) ont représenté en moyenne, en 2017, 36 % du revenu disponible brut des ménages (DREES, 2019). À ces prestations s'ajoutent les 193,5 milliards d'euros de prestations maladies nettes versées en 2017 (comptes de la Sécurité sociale). Ce chiffre cache, cependant, des disparités. Pour les plus démunis, les prestations sociales peuvent représenter jusqu'à 76 % de leur revenu disponible brut (DREES, 2019). Les prestations jouent aussi un rôle redistributif. En transférant de l'argent de ceux qui en ont moins besoin à ceux qui en ont un besoin immédiat, la protection sociale est un garant de l'équité sociale. Au même

titre que la fiscalité, elle permet de corriger les inégalités sociales. Cette fonction de justice sociale est économiquement efficace dans la mesure où elle soutient la consommation et encourage les entreprises à embaucher pour répondre à la demande supplémentaire ainsi créée. Dans cette perspective, il vaut mieux redistribuer une partie des revenus de ceux qui épargnent vers ceux qui consomment. En effet, un ménage modeste consomme une grande partie, voire la totalité, du revenu supplémentaire induit par les prestations sociales alors qu'un ménage aisé en épargne la majeure partie. La fonction de soutien de la demande exercée par les prestations sociales a aussi une fonction de régulation macro-économique. En effet, la plupart des prestations sociales sont peu sensibles à la conjoncture car elles sont versées indépendamment de l'activité économique. Un ralentissement ou une récession sont sans effet sur les dépenses de maladie ou de

vieillesse. Seules les dépenses au titre de l'assurance chômage et des minima sociaux sont plus élevées en période de récession. Ainsi, au cours de telles périodes, alors que tous les secteurs de l'économie peuvent être déprimés, la protection sociale continue, automatiquement, à soutenir l'économie en garantissant un revenu. À l'inverse, en période d'expansion économique, la protection sociale amplifie la reprise.

Durant la période des Trente glorieuses, la protection sociale a permis de forts gains de productivité (5 % en moyenne annuelle entre 1945 et 1973) qui ont permis d'assurer le financement de la Sécurité sociale.

La protection sociale, financée pour une large part par les travailleurs eux-mêmes, permet une distribution de revenus indirects sans alourdir les coûts de production des entreprises. Elle présente ainsi des avantages sur le plan industriel, en validant la production avant sa réalisation. Quand le revenu indirect vient compléter, voire remplacer le revenu direct, les entreprises ont l'assurance de débouchés pour leur production ; avant de lancer le processus de production, elles savent que les consommateurs auront les moyens financiers d'acheter. Ainsi, si le revenu indirect est une assurance pour les travailleurs, il l'est aussi, d'une certaine façon, pour les entreprises : l'assurance de la vente des biens produits. Sur le plan financier, la protection sociale autorise l'extension du crédit, en particulier du crédit à la consommation. En effet, puisque l'État garantit un paiement quand un individu ne peut assumer seul ses moyens d'existence, les dettes contractées par cet individu sont socialisées. Quoi qu'il arrive (maladie, retraite, chômage, etc.), l'individu dispose, avec le revenu indirect, des moyens de rembourser partiellement ses dettes. L'assurance réduit l'incertitude individuelle et augmente la confiance des créditeurs dans la solvabilité de leurs débiteurs.

En dépit de ces nombreux avantages économiques, la protection sociale, et en particulier la Sécurité sociale, est l'objet d'attaques récurrentes. À partir des années 1980, les économistes libéraux ont systématiquement porté leurs attaques sur les dépenses publiques,

notamment celles de santé, jugées particulièrement élevées, considérant, par exemple que les remboursements maladies conduisent les patients à surconsommer des soins ou que les cotisations sociales employeurs, devenues « charges sociales », sont responsables de la faible compétitivité de la France. C'est pourquoi, depuis les années 1980 et en particulier à partir des années 1990, tous les gouvernements de droite et de gauche qui se sont succédés ont, sous de prétendus motifs économiques, pris des mesures qui conduisent progressivement à la destruction du système mis en place après la seconde guerre mondiale. Ces mesures sont guidées par deux principes : réduire les dépenses publiques constituées par une grande partie des dépenses de Sécurité sociale en santé et introduire des dispositifs de co-paiement pour influencer le comportement, qualifié d'opportuniste des patients (tableau n° 1).

En dépit des réformes, les dépenses des prestations en santé continuent de croître, passant de 8,89 % du PIB en 1981 à 11,3 % en 2017. Cette croissance doit cependant être relativisée : le rythme de croissance diminue progressivement, passant de 3,6 % entre 1981 et 1992 à 3 % entre 1992 et 2003 puis à 1,7 % entre 2003 et 2014. Si les réformes n'ont pas permis une diminution des dépenses de santé, c'est parce que leur progression n'est pas liée au comportement opportuniste des ménages mais relève de différents facteurs. Le recours croissant aux soins s'explique d'abord par le développement économique. La consommation de biens et soins de santé est analysée comme celle d'un bien dit supérieur dont la part des dépenses augmente plus vite que l'augmentation du revenu. Il s'explique aussi par les innovations technologiques à l'origine de l'utilisation de nouvelles tech-

nologies d'investigation médicale et de nouveaux médicaments, qui génèrent des progrès en matière de soins mais conduisent aussi à une forte augmentation de leur coût. Enfin, l'augmentation de la durée de vie participe à cette augmentation de la consommation de soins. Le graphique 3 confirme cette augmentation en fonction de l'âge et met en évidence une forte accélération de la hausse observée entre 1992 et 2000. Selon Dormont et *al.* (2006), celle-ci peut avoir plusieurs explications : elle peut être liée à l'évolution de l'état de santé à un âge donné mais également au progrès technologique ou plus largement à l'évolution des pratiques, pour un âge et une morbidité donnés. Les travaux de ces auteurs montrent que l'augmentation des dépenses de santé due à l'évolution démographique semble être plus faible que celle liée aux effets des changements de pratiques. Ainsi cet effet sur des changements de pratiques sur les dépenses est supérieur à celui de l'évolution de la structure par âge de la population.

Tableau n°1 : Quelques mesures prises 1980-2010

Années	1980	1990	2000	2010
Co-paiement	Réduction du remboursement de certains médicaments	Mise en place de la carte vitale (réduction des dépenses)	Franchise sur les médicaments	Introduction du tarif forfaitaire de responsabilité
	Extension du Ticket modérateur	Augmentation du forfait hospitalier	Forfait de 1 euro sur les consultations médicales	Augmentation du forfait journalier hospitalier
		Baisse de remboursement des consultations médicales (de 75 à 70 %)	Mise en place d'un forfait de 18 euros pour les actes dont le tarif est ≥ 120 euros	Baisse des taux de remboursement de nombreux médicaments
		Déremboursement de médicaments		
Réduction des dépenses	Mise en place du forfait journalier hospitalier	Création de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS)		Mise en place des Rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP)
	Instauration d'un budget global à l'hôpital (réduction des dépenses)	Instauration de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)		

Des réformes générant des inégalités croissantes

Si les différentes réformes n'ont pas permis de réduire les dépenses de santé, elles ont conduit à une diminution de la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale, qui va se stabiliser autour de 77 % jusqu'en 2015, déléguant une part croissante des dépenses de santé à l'assurance maladie complémentaire (AMC) ⁵. Ainsi, la part de l'AMC dans le financement de la CSBM est passée de 5,3 % en 1980 à 13,2 % en 2017 (DREES, 2019). En 2018, les Organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) ont financé 74 % des dépenses en optique, 39 % des autres biens et soins médicaux, notamment les soins dentaires, 22 % des soins de ville, 12 % des dépenses de médicaments et 5 % des soins hospitaliers. Leur chiffre d'affaires cumulé a crû de 84,6 % entre 2002 et 2016 pour représenter environ 36,3 milliards d'euros de cotisations en 2016 (+1,6 % par rapport à 2015). Ainsi, si la période allant de 1950 à 1985 est caractérisée par une progression de la part du financement des dépenses de santé par la Sécurité sociale et une réduction de la part financée

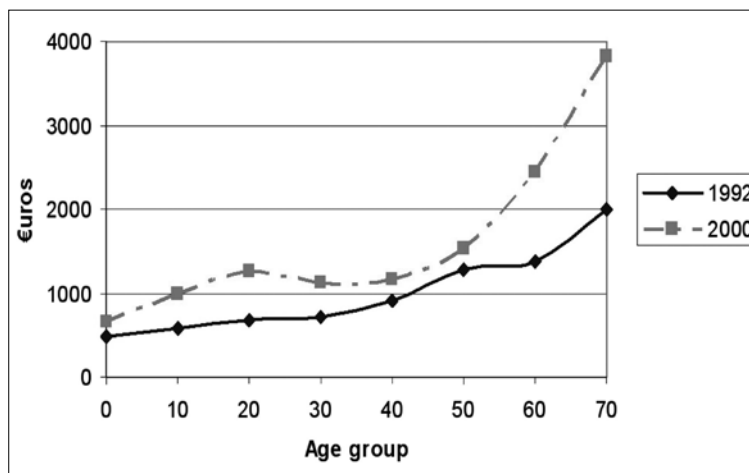
4. Le groupe d'âge 0 correspond à la population âgée de 0 à 9 ans, le groupe 10 à la population âgée de 10 à 19 ans jusqu'au groupe 70 qui correspond à la population âgée de plus de 70 ans.

5. L'assurance complémentaire est composée de trois grands acteurs, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assureurs privés.

6. La loi du 14 juin 2013, qui fait suite à l'accord national interprofessionnel (ANI) signé le 11 janvier 2013 entre le MEDEF, la CFDT, la CFTC et la CGC, instaure la généralisation de la couverture santé obligatoire pour les salariés du secteur privé (ANI du 13 janvier 2013, repris par la loi sur la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013). Cette loi est entrée en application le 1^{er} janvier 2016.

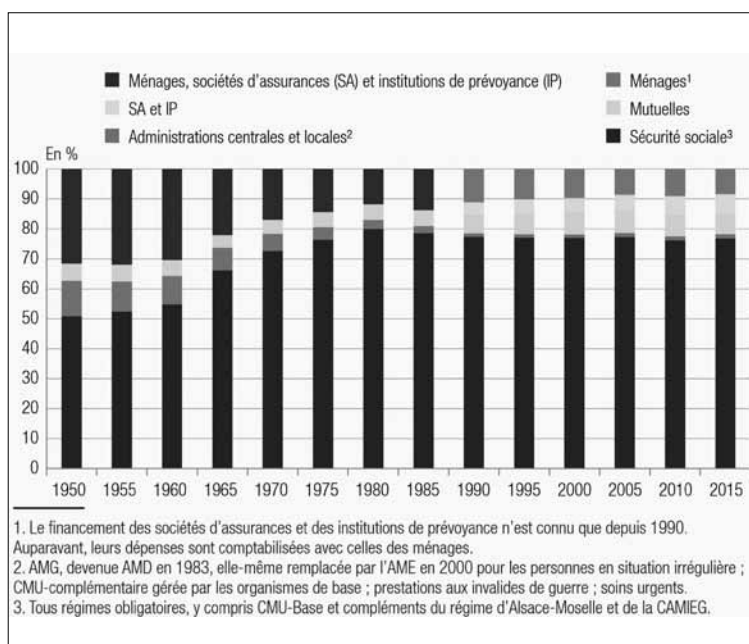
7. Ceci bien que la loi Evin du 31 décembre 1989 leur permette, sous certaines conditions, de bénéficier d'un prolongement de leur contrat.

Graphique 3 : Dépenses annuelles de santé par tranche d'âge (1992-2000) ⁴



Source : Dormont *et al.* (2006).

Graphique n°4 : Structure de financement des grands postes de la CSBM



Source : Dress, 2017.

par les ménages, à partir de 1985, celle-ci ne progresse plus et la part du financement privé – ménages et OCAM- augmente (Graphique 4). Cette augmentation du financement privé des dépenses de santé et le désengagement progressif de la Sécurité sociale ont été voulus par les pouvoirs publics qui les a accompagnés de mesures permettant la constitution d'un marché de l'assurance privée en santé. Une des mesures à la fois les plus symboliques et les plus récentes

est l'obligation pour les entreprises de proposer à leurs salariés, depuis le 1^{er} janvier 2016⁶, une complémentaire santé. En effet, si celle-ci a été présentée comme un avantage pour l'ensemble des salariés du privé, l'accès à une assurance complémentaire en santé, elle rend possible la poursuite du désengagement de la Sécurité sociale tout en élargissant le marché de l'assurance privée. Or, le développement de ce marché n'est pas sans conséquence pour les patients. Il ne s'agit pas

d'un simple transfert du financement du public vers le privé. L'assurance privée, contrairement à la Sécurité sociale, est fortement inégalitaire. Les populations les plus vulnérables socialement étant aussi les moins bien couvertes : 13 % des personnes appartenant à une famille monoparentale n'ont pas de couverture complémentaire contre 5 % pour celles vivant en couple avec deux enfants. L'activité professionnelle joue également un rôle important. Un chômeur a trois fois plus de risques qu'un salarié de ne pas bénéficier d'une assurance complémentaire. L'inactif a 1,6 fois plus de chance que l'actif d'être écarté de l'accès à une couverture complémentaire (Marical et Saint-Pol (de), 2007). Les chômeurs constituent la population pour laquelle l'accès à une complémentaire santé est le plus difficile en raison d'une part de la faiblesse de leur revenu et d'autre part de leur impossibilité à bénéficier d'un contrat d'entreprise⁷.

L'accès à une complémentaire santé est aussi très profondément lié à la situation dans l'emploi : 80 % des cadres contre 73 % des professions intermédiaires et des ouvriers ont accès à l'assurance privée. La situation dans l'emploi est aussi un indicateur de la qualité de la couverture. Les cadres bénéficient de contrats de meilleure qualité que les autres : 29 % d'entre eux ont accès à un contrat fort en optique et 15 % en dentaire tandis que les non-cadres ne sont que 18 % à bénéficier des premiers et 12 % des seconds (Francesconi *et al.*, 2006). Ceci est d'autant plus important que la loi impose aux entreprises de fournir à leurs salariés une assurance complémentaire minimale, définie dans un contrat socle. Ce dernier encadre le niveau de prise en charge et le montant des remboursements minimaux des soins et biens médicaux. Or, la comparaison de ces contrats avec les prestations des contrats responsables⁸ et des contrats de la Complémentaire santé solidaire⁹ indique que ceux-ci offrent une couverture comparable, ne prenant que peu en charge les frais de santé généralement peu remboursés par la Sécurité sociale (Abecassis et Coutinet, 2020). Les restes à charge des ménages restant élevés pour ce type de soins. Le revenu joue également un rôle important. Les

ménages les plus modestes et âgés ont un taux d'effort plus important pour les contrats individuels¹⁰. Par ailleurs, le taux d'effort augmente lorsque le revenu diminue. Celui-ci est de 2,9 % pour les ménages les plus riches et de 10,3 % pour les plus modestes. En dépit de cet effort, les sommes consacrées par les ménages les plus pauvres à l'acquisition d'une complémentaire santé étant inférieures à celles de ménages aisés, ils bénéficient de contrats de qualité faible et inférieure à ceux dont bénéficient les ménages plus aisés (Kambia-Chopin *et al.*, 2008).

Ainsi, la décision de généraliser pour les salariés du privé l'accès à l'assurance santé complémentaire ne réduit pas les inégalités dans la mesure où les personnes peu ou non couvertes sont surtout des chômeurs, des étudiants, des retraités et des précaires, des personnes principalement hors entreprise. L'étude réalisée par Jusot et Pierre en 2015¹¹ montre que la généralisation de la complémen-

taire n'améliore que très faiblement le pourcentage de personnes non couvertes. Celui-ci passe de 5 à 4 % si cette loi ne s'applique qu'aux salariés du privé et de 5 % à 3,7 % si elle est étendue à tous les chômeurs de moins d'un an, et de 5 % à 2,7 % si la loi bénéficie aux ayants droit des salariés et des chômeurs.

Pour les ménages les plus modestes, la faiblesse voire l'absence de couverture complémentaire conduit les patients à renoncer à des soins, en particulier les soins les moins bien remboursés pour lesquels les restes à charge sont élevés. Pour tenter de limiter ce renoncement aux soins, la réforme « 100 % santé » ou « reste à charge Zéro » prévoit, d'ici à 2022, la mise en place progressive d'une offre de biens de santé en optique, dentaire et audioprothèse sans reste à charge dans les domaines de l'audiologie, de l'optique et du dentaire pour les patients disposant déjà d'une couverture complémentaire.

Au fil des ans, les gouvernements se sont donc employés à détruire le système de protection sociale en santé instauré après la Seconde guerre mondiale. Celui-ci reposait sur une logique de solidarité, entre les générations, entre les malades et les bien-portants, entre les actifs et les inactifs, etc., et permettait à tous d'accéder à des soins gratuits ou semi-gratuits. Les différentes réformes entreprises depuis les années 1980 ont eu comme effet de construire un marché de l'assurance complémentaire en santé reposant sur une logique de mutualisation des risques et non sur la solidarité entre les citoyens. Le développement de l'AMC a été facteur d'inégalités importantes. Les personnes les moins bien couvertes, les retraités, les chômeurs et travailleurs qui occupent des emplois faiblement rémunérés et/ou précaires, sont contraintes de renoncer à des soins pour raison financières. L'échec du transfert du financement du public vers le privé a conduit les gouvernements, par compensation, à amplifier les dis-

8. Les contrats responsables et solidaires ont été instaurés en 2004. Ils avaient pour objectif d'améliorer la coordination entre la sécurité sociale et les assureurs complémentaires ainsi que d'inciter les patients à respecter le parcours de soins coordonnés instaurés par la même loi. Dans ce cadre, en contrepartie d'un avantage fiscal, les complémentaires ne peuvent ni sélectionner les patients ni tarifier en fonction des risques sur les contrats responsables et

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM de 2016 à 2019)

(montants en millions d'euros, évolutions en %, contribution à l'évolution de la CSBM en point de %)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Soins hospitaliers	80 316	82 461	84 567	86 688	89 060	90 430
Secteur public	61 701	63 294	64 952	66 779	68 603	69 781
Secteur privé	18 615	19 166	19 615	19 909	20 457	20 649
Soins ambulatoires	93 168	95 606	97 229	98 552	101 154	102 532
— Soins de ville*	44 170	45 749	47 081	48 314	49 412	50 553
Soins de médecins et sage-femmes	18 450	19 160	19 517	19 827	20 268	20 638
Soins d'auxiliaires médicaux	11 041	11 527	12 329	13 113	13 779	14 363
Soins de dentistes	9 999	10 289	10 490	10 606	10 600	10 774
Laboratoires d'analyses	4 284	4 396	4 338	4 342	4 316	4 314
Cures thermales	328	332	353	364	387	392
Autres soins et contrats	68	44	53	60	62	73
— Médicaments	33 395	33 517	33 028	32 392	33 207	32 745
— Autres biens médicaux**	11 853	12 488	13 047	13 559	14 122	14 630
— Transports sanitaires	3 749	3 852	4 074	4 288	4 413	4 604
CSBM	173 484	178 066	181 796	185 241	190 214	192 962
En % du PIB	8,7	8,7	8,7	8,7	8,8	8,8
Valeur	2,1	2,6	2,1	1,9	2,7	1,4
Evolution de la CSBM (en %) Prix	-0,5	-0,2	-0,5	-0,3	-0,4	-0,9
Volume	2,6	2,8	2,6	2,2	3,1	2,3

Source : Les dépenses de santé en 2019, Panorama de la DREES.

positifs d'assistance, auparavant pris en charge par la Sécurité sociale. Le dernier exemple en date, le 100 % santé, vient compléter un ensemble de plus en plus grand de dispositifs d'aide spécifique (CMU-c, ACS, CSS, etc.) en faveur des ménages les plus modestes.

Références

- Abecassis, P. et Coutinet, N. (2020), « Nouvelles règles, nouveaux défis: Les mutuelles au cœur de la construction d'un marché de l'assurance privée en santé » in « Les mutuelles face aux changements de leur environnement réglementaire: des leçons pour de nouveaux défis », numéro spécial coordonné par P. Abecassis et N. Coutinet, *RECMA*, n° 357, juillet, p. 82-98.
- Abecassis, P. et Coutinet, N. (2016, 8 et 9 septembre). *ANI et conventionnement sélectif: nouvelle donne, nouvelles inégalités?* in, XXXVI^{es} journées de l'AES, Lille.
- CREDOC (2017), Résultats du 12^e baromètre CTIP: « Garanties et services: les attentes des salariés et des employeurs ». Enquête réalisée auprès des salariés et des entreprises, 12 décembre.
- Dormont, B. Grignon, M. Huber, H. (2006), Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing, HAL, Archives ouvertes; <[https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Dormont+B.%2C+Grignon+M.%2C+Huber+H.%2C+%2C%20AB+Health+expenditure+growth+%3A+reassessing+the+threat+of+aging+%2C%20BB%2C+Health+Econ.%2C+15+%289%29%2C+947-63%2C+2006](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Dormont+B.%2C+Grignon+M.%2C+Huber+H.%2C+%2C%20AB+Health+expenditure+growth+%3A+reassessing+the+threat+of+aging+%2C%20BB%2C+Health+Econ.%2C+15+%289%29%2C+947-63%2C+2006>)>.
- Deloitte (2017), *Étude Santé 2017*, étude réalisée par OpinionWay pour Deloitte.
- DREES (2019), *Les dépenses de santé en 2018 — Résultats des comptes de la santé*, édition 2019.
- DRESS (2017), « Les dépenses de santé depuis 1950 », *Études & Résultats*, n° 1017.
- Francesconi C., Perronnin M. & Rochereau T. (2006), « La complémentaire maladie d'entreprise: niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité », *Questions d'économie de la santé* (112).
- Jusot F. & Pierre A. (2015), « Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non couverture en France? Une simulation à partir de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012 », *Questions d'économie de la santé* (209).
- Kambia-Chopin B., Perronnin M. & Rochereau T. (2008), « La complémentaire santé en France en 2006: un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la santé* (132).
- Marical, F., et Saint-Pol (de) T., (2007), « La complémentaire santé: une généralisation qui n'efface pas les inégalités », *INSEE Première*, n° 1142.
- Pison, P. (2005), « France 2004: l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans », *Population et sociétés*, n° 410. ■

solidaires; les patients bénéficient du tiers payant à hauteur des tarifs de responsabilité; la participation forfaitaire, les franchises médicales, le ticket modérateur, les dépassements d'honoraires et les consultations hors du parcours de soins coordonnés ne peuvent être pris en charge. Enfin, les contrats responsables et solidaires doivent respecter certains plafonds et planchers de remboursement.

9. La CMU-c et l'Aide à la complémentaire santé (ACS) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS) en 2019. Ce dispositif constitue une aide pour les ménages les plus modestes. Il permet une prise en charge de la part complémentaire des soins remboursables à hauteur de 100 % du tarif de la sécurité sociale ainsi que des forfaits de prise en charge des dépenses de soins dentaires, d'optique et d'audio-prothèse.

10. Il existe deux types de contrats d'assurance en santé: les contrats individuels et les contrats collectifs. Un contrat individuel est signé entre un particulier et un assureur alors qu'un contrat collectif est signé entre un groupe de personnes, généralement une entreprise, et un assureur. Les garanties offertes par un contrat collectif sont généralement meilleures que celles offertes dans un contrat individuel.

11. Cette étude a été réalisée à partir de l'enquête Santé protection sociale de l'IRDES.

2016	2017	2018	2019	Évol. 2018 / 2019	Contribution
92 320	93 848	94 887	97 127	2,4	1,1
71 182	72 451	73 349	74 892	2,1	0,8
21 138	21 397	21 539	22 234	3,2	0,3
104 827	106 688	108 861	110 908	1,9	1,0
52 132	53 464	54 992	56 467	2,7	0,7
21 152	21 668	22 531	22 965	1,9	0,2
14 993	15 525	16 066	16 715	4,0	0,3
11 108	11 325	11 498	11 786	2,5	0,1
4 413	4 466	4 406	4 525	2,7	0,1
408	416	413	398	-3,6	0,0
58	65	78	78	0,0	0,0
32 731	32 761	32 649	32 592	-0,2	0,0
15 158	15 476	16 122	16 798	4,2	0,3
4 806	4 987	5 099	5 051	-0,9	0,0
197 148	200 535	203 748	208 035	2,1	2,1
8,8	8,7	8,6	8,6		
2,2	1,7	1,6	2,1		
-0,7	0,1	-0,2	0		
2,9	1,6	1,8	2,1		