

Le système d'assurance-santé en France

Bertrand Venard

Volume 74, Number 2, 2006

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1092512ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1092512ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Faculté des sciences de l'administration, Université Laval

ISSN

1705-7299 (print)

2371-4913 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Venard, B. (2006). Le système d'assurance-santé en France. *Assurances et gestion des risques / Insurance and Risk Management*, 74(2), 201–227.
<https://doi.org/10.7202/1092512ar>

Article abstract

The goal of this article is to present the French health insurance system. Firstly, the author examines the main characteristics of this system, with special attention to its mutations. Secondly, he describes the French insurance companies operations in the area of complementary sickness insurance.

Assurances et gestion des risques, vol. 74(2), juillet 2006, 201-227
Insurance and Risk Management, vol. 74(2), July 2006, 201-227

Le système d'assurance-santé en France

par Bertrand Venard

RÉSUMÉ

L'objet de cet article est de faire une présentation du système d'assurance-maladie en France. Dans un premier temps, l'auteur présente les traits principaux du système de santé en France, en soulignant ses mutations. Dans un deuxième temps, il décrit l'activité des assureurs français dans le domaine de la complémentaire maladie.

ABSTRACT

The goal of this article is to present the French health insurance system. Firstly, the author examines the main characteristics of this system, with special attention to its mutations. Secondly, he describes the French insurance companies operations in the area of complementary sickness insurance.

I. INTRODUCTION

La première place donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé au système de santé français a mis en lumière sa qualité (OMS, 2000). Si on reprend les indicateurs pris par les spécialistes de l'OMS, la position de la France semble enviable (Rodwin, 2003).

L'auteur :

Professeur de Management, Audencia, Nantes École de Management, France et Sloan Research Fellow, Wharton Business School. Ce papier a été écrit durant un séjour de recherche financé par la Sloan Foundation, USA.

En effet, l'espérance de vie à la naissance est l'une des cinq plus élevées du monde avec 75,9 ans pour les hommes et 82,9 pour les femmes alors que la moyenne dans les pays développés était en 2003 de 72 ans pour les hommes et de 79 ans pour les femmes (DREES, 2005a : 11).

Les progrès réalisés dans ce domaine au cours des quarante dernières années sont d'ailleurs significatifs. Avec une augmentation de 8,7 années de l'espérance de vie entre 1960 et 2000, la France se classe au-dessus de la moyenne de l'OCDE (8,6) et devant des pays comme la Finlande, l'Australie, la Suisse, l'Allemagne, le Royaume-Uni ou le Canada.

L'étude de l'OMS a aussi utilisé un autre critère : le taux de mortalité. Par exemple, le taux de mortalité infantile est en France de 4,6 décès pour 1000 naissances, et fait partie des dix meilleurs résultats des pays de l'OCDE, derrière l'Islande (3), le Japon (3,2), la Suède (3,4) ou la Finlande (3,8), mais devant le Royaume-Uni (5,6) ou les États-Unis (6,9), et nettement au-dessous de la moyenne de l'OCDE (7).

Il ne faut pas être pourtant dupe sur les lacunes du système de classement de l'OMS. Son résultat est le fruit du choix de huit critères particuliers, de leur pondération, de la qualité des données collectées et de la période d'analyse choisie.

Si la place du système français peut suffire à elle seule à éveiller l'intérêt sur son fonctionnement, il faut pourtant souligner que le système de santé français n'est pas sans connaître des difficultés, à commencer par son coût (Landrain, 2004). En effet, la protection sociale représente un volume financier très important dans l'économie française. Les prestations sociales versées en France au titre de la protection sociale sont estimées à 350 milliards d'euros en 2004. 166 milliards sont versés au titre de la retraite et 184 milliards au titre de la prévoyance (santé, incapacité, invalidité, dépendance et décès). Dans ce total, la part dévolue aux dépenses de soins et biens médicaux est estimée à 153 milliards (FFSA, 2005a : 21).

Les dépenses de santé sont couvertes en grande partie en France par des régimes de protection obligatoires. Comme ces régimes obligatoires ne couvrent pas l'intégralité des dépenses de santé, des régimes complémentaires couvrent par des assurances spécifiques le risque de maladie de la population. Les assurances de santé participent ainsi :

- au remboursement des frais de soins et de biens médicaux, l'étendue des garanties varie de la prise en charge du seul ticket modérateur aux remboursements plus ou moins importants des frais non remboursés par la Sécurité Sociale;
- au versement d'indemnités qui compensent les pertes de revenus résultant d'un arrêt de travail ou d'une invalidité.

L'objet est ici de faire une présentation du système d'assurance-maladie en France. Dans un premier temps, nous présenterons des traits principaux du système de santé en France, en soulignant ses mutations. Dans un deuxième temps, nous décrirons l'activité des assureurs français dans le domaine de la complémentaire maladie.

2. UN SYSTÈME DE SANTÉ EN MUTATION

Sans rentrer dans une histoire longue de la protection sociale en France¹, on doit en souligner trois traits : son existence ancienne, une forte implication de l'État et sa transformation sous l'effet de nombreuses réformes.

En effet, une des premières institutions à avoir instauré en France un système de protection social fut l'église catholique (Richard, 1956). En collectant une dîme, l'église recueillait des fonds lui permettant de venir en aide aux pauvres de chaque paroisse. Dès le IV^e siècle, des hôpitaux furent ainsi financés par l'église, notamment à Lyon en 542 ou à Paris en 650. Il faut remarquer que les mots « hôtel » et « hôpital » ont leur origine dans le même mot : « hospitalité ». L'église fut aussi la première à créer en France des écoles de médecine, comme celle de Montpellier créée en 1220 et regroupée en Université avec les écoles médiévales de droit et des arts le 26 octobre 1289 par le pape Nicolas IV.

La forte implication de l'État est elle aussi ancienne. Par exemple, à la fin de la Renaissance, le Roi Henri IV (1553-1610) fit mettre en place une caisse de secours spirituels et matériels aux mineurs (Harzfeld, 1971). Il s'agissait notamment de pouvoir attribuer des aides financières en cas d'invalidité suite à un accident du travail.

Plus proche de nous, l'intervention étatique fut très forte au lendemain de la seconde guerre mondiale. En effet, dans un pays partiellement détruit par la guerre, l'État intervint lourdement dans les affaires sociales de la nation. Ainsi, par une ordonnance du 4 octobre 1945, le gouvernement créa le système de Sécurité Sociale². Le

champ d'intervention concernait les accidents du travail, la santé, la retraite et les allocations familiales (Lambert, 1999 : 32). Le régime de Sécurité Sociale comprend une Caisse Nationale d'Assurance-Maladie, CNAM qui est organisée en un réseau de 8 caisses régionales ayant chacune à leur tête des conseils d'administration élus, dans lesquels siègent des représentants des salariés (majoritaires) et des employeurs. Une question de fond porte sur la légitimité des partenaires sociaux à gérer les fonds de l'assurance-maladie (Sandier, Pairs, Polton, 2005 : 10).

Le quasi-monopole pour le risque maladie de la CNAM s'est substitué à un régime obligatoire partiel d'assurance privée et s'est amalgamé au régime de protection sociale privée antérieure assurée par les sociétés de secours mutuelles, héritière des systèmes d'entraide mis en place par l'église. Il s'agit d'un quasi-monopole puisque cohabitent avec la CNAM, un certain nombre de régimes autonomes d'assurance-maladie pour les salariés de certaines entreprises du secteur public non concurrentiel (EDF, GDF, SNCF, Poste, Banque de France...). Il faut remarquer que l'ambition des fondateurs de la Sécurité Sociale en 1945 était de mettre en place un régime unique garantissant des droits uniformes pour tous. Cet objectif ne fut pas atteint du fait de l'opposition de certaines catégories socio-professionnelles, qui bénéficiaient de régimes plus favorables, des régimes qui existent toujours en 2005 (fonctionnaires, marins, mineurs, employés des chemins de fer, de la Banque de France...) (Sandier, Paris, Polton, 2005 : 8). L'institution en 1961, puis en 1969, de régimes autonomes de protection sociale obligatoire en faveur des Travailleurs Non Salariés (régime des TNS) a également eu pour effet de cantonner l'intervention des assureurs privés dans le domaine de l'assurance des frais de soins à un rôle d'assureur complémentaire (Lambert, 1999).

Comme dans de nombreux pays et depuis de nombreuses années (Mossialos, et al., 2002), le système de santé français est en crise. En effet, le régime français d'assurance-maladie est l'un des plus coûteux du monde. Ainsi, le niveau des dépenses publiques de santé en % du PIB³ était en 2003 de 7,4, le troisième le plus cher des pays de l'OCDE après l'Allemagne (8,6 %), la Suède (7,8 %) à égalité avec la Norvège (7,4 %) mais « devant » les USA (6,6 %) ou le Canada (6,7 %) (Voir Tableau 1).

Le niveau des dépenses totales (régimes obligatoires + complémentaires) s'élève en France à 9,7 % du PIB en 2003, étant le 5^e système le plus cher du monde derrière les USA (14,6 %), la Suède (11,2 %), l'Allemagne (10,9 %), l'Islande (9,9 %) (Voir Tableau 2).

TABLEAU I
DÉPENSES PUBLIQUES DE SANTÉ EN % PIB DANS DIFFÉRENTS PAYS DE L'OCDE

	1970	1980	1990	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Allemagne		4,5	6,8	6,5	8,0	8,2	8,5	8,8	8,5	8,3	8,4	8,3	8,5	8,6
Australie	2,1		4,4	4,8	5,4	5,4	5,5	5,6	5,7	5,9	6,1	6,2	6,2	
Canada	2,3	4,9	5,4	6,7	7,2	6,9	6,5	6,3	6,2	6,5	6,3	6,3	6,6	6,7
États-Unis	1,2	2,5	3,6	4,7	5,7	5,9	6,0	6,0	5,9	5,8	5,8	5,8	6,2	6,6
France	2,4	4,1	5,7	6,6	7,2	7,1	7,3	7,2	7,1	7,1	7,1	7,1	7,2	7,4
Japon	1,8	3,2	4,6	4,6	5,1	5,3	5,7	5,8	5,6	5,8	6,0	6,1	6,4	
Royaume-Uni	3,3	3,9	5,0	5,0	5,9	5,9	5,8	5,8	5,5	5,5	5,8	5,9	6,2	6,4
Suède		5,9	8,4	7,5	7,5	7,1	7,1	7,3	7,1	7,2	7,2	7,2	7,5	7,9

Source : Fenina, Geoffroy, 2004 et 2005.

TABLEAU 2
DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ EN % DU PIB POUR DIFFÉRENTS PAYS DE L'OCDE

	1970	1980	1990	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Allemagne		6,2	8,7	8,5	9,9	10,2	10,6	10,9	10,7	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9
Canada	5,4	7,0	7,1	9,0	9,9	9,5	9,2	9,0	8,9	9,2	9,0	8,9	9,4	9,6
États-Unis	5,0	6,9	8,7	11,9	13,3	13,2	13,3	13,2	13,0	13,0	13,0	13,1	13,9	14,6
France	3,8	5,4	7,1	8,6	9,4	9,4	9,5	9,5	9,4	9,3	9,3	9,3	9,4	9,7
Japon	3,0	4,5	6,5	5,9	6,5	6,7	6,8	7,0	6,9	7,2	7,4	7,6	7,8	
Royaume-Uni	3,9	4,5	5,6	6,0	6,9	7,0	7,0	7,0	6,8	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7
Suède		6,9	9,1	8,4	8,6	8,2	8,1	8,4	8,2	8,3	8,4	8,4	8,8	9,2

Source : Fenina, Geoffroy, 2004 et 2005.

Un autre élément est l'évolution des dépenses de santé par rapport à l'évolution de l'inflation ou de la richesse mesurée par l'augmentation du PIB. On constate ainsi que depuis 1985 au moins, les dépenses de santé ont évolué plus vite que l'inflation ou le PIB. Si on prend une base de 100 en 1985, les dépenses de santé ont atteint l'indice de 281,5 en 2004, alors que l'indice de l'inflation est passé durant la même période à 154,6 et le PIB à 226,6 (Voir Tableau 3). Les dépenses de santé ont donc augmenté presque deux fois plus vite que l'inflation en 20 ans et leur poids dans le PIB a progressé de 20 % durant la même période. De même, l'augmentation des dépenses de santé est beaucoup plus rapide que celle de ses ressources. Le résultat est l'existence depuis de nombreuses années d'un déficit de la Sécurité Sociale qui était de 10 milliards d'euros en 2003 et de 14 milliards d'euros en 2004.

Les raisons de ce montant élevé de dépenses sont nombreuses. On peut signaler notamment la consommation excessive de médicaments en France. La France se situe au 2^e rang mondial pour la consommation de médicaments par habitant (consommation mesurée en valeur annuelle par habitant) derrière les USA. Mais comme les prix des médicaments sont plus élevés aux USA, la France est considéré comme le pays consommant le plus de médicaments en volume (Landrain, 2004). De plus, la consommation a doublé en valeur de 1990 à 2003 (Cf. Tableau 4).

Face à cette crise, l'État français a mis en place depuis de nombreuses années différentes réformes.

La réforme « la plus naturelle » est depuis longtemps d'augmenter les ressources de financement du système de santé. En effet, face au déficit des régimes de santé, les pouvoirs publics ont eu recours à une augmentation des prélèvements sociaux. Par exemple depuis 1996, les versements de l'employeur sont soumis à la Contribution au Remboursement de la Dette Sociale (CRDS) et une taxe spécifique sur les contrats de prévoyance collective souscrits par les entreprises de plus de 10 salariés. Dès 1997, ils furent aussi astreints à contribuer à la Contribution Sociale Généralisée (CGS). En 1998, les taux de la taxe de la CSG et de la taxe sur la prévoyance complémentaire étaient relevés.

TABLEAU 3
ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ, DU PIB ET DE L'INFLATION EN FRANCE DE 1985 À 2004,
EN % ET À PARTIR D'UN BASE 100 EN 1985

	Dépenses de santé en milliards d'euros	Évolution en %	Évolution des dépenses de santé, base 100 en 1985	Évolution du PIB en %	Évolution du PIB, base 100 en 1985	Évolution de l'inflation en %	Évolution de l'inflation, base 100 en 1985
1985	55,4	7,6	100,0	7,5	100,0	5,8	100,0
1986	60,1	8,4	107,6	7,3	107,5	2,7	105,8
1987	63,1	5,0	116,6	5,1	115,3	3,1	108,7
1988	68,4	8,3	122,5	7,8	121,3	2,7	112,0
1989	74,8	9,4	132,6	7,3	130,7	3,6	115,1
1990	80,6	7,7	145,1	4,9	140,2	3,4	119,2
1991	85,6	6,3	156,3	3,5	147,0	3,2	123,2
1992	91,1	6,5	166,1	3,9	152,2	2,4	127,2
1993	96,4	5,8	176,9	0,8	158,2	2,1	130,2
1994	99,5	3,2	187,2	3,6	159,4	1,7	133,0
1995	104,0	4,5	193,2	3,4	165,2	1,7	135,2

TABLEAU 3 (suite)

	Dépenses de santé en milliards d'euros	Évolution en %	Évolution des dépenses de santé, base 100 en 1985	Évolution du PIB en %	Évolution du PIB, base 100 en 1985	Évolution de l'inflation en %	Évolution de l'inflation, base 100 en 1985
1996	107,5	3,4	201,8	2,8	170,8	2,0	137,5
1997	109,8	2,1	208,6	3,3	175,5	1,2	140,3
1998	112,0	2,0	213,1	4,4	181,3	0,7	142,0
1999	116,0	3,6	217,4	3,2	189,3	0,5	143,0
2000	122,0	5,2	225,2	5,5	195,3	1,7	143,7
2001	129,4	6,1	236,8	3,9	206,0	1,7	146,1
2002	137,5	6,3	251,2	3,4	214,0	1,9	148,6
2003	145,0	5,5	266,9	2,4	221,3	2,1	151,4
2004	153,0	5,5	281,5	4,0	226,6	2,1	154,6

Source : FFSA, Rapport annuel, Différentes années.

Évolution du PIB : Produit intérieur brut en valeur. Source : INSEE, comptes de la nation.

http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle_fiche.asp?ref_id=NATTEF08112&tab_id=159

Évolution de l'indice des prix à la consommation. Source : INSEE.

http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle_fiche.asp?ref_id=NATTEF08108&tab_id=110

**TABLEAU 4
CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE
EN MILLIARDS D'EUROS**

	1990	1995	2001	2002	2003
Soins hospitaliers et en sections médicalisées	38,0	49,1	57,2	60,5	64,1
dont soins hospitaliers	37,2	47,7	55,2	58,2	61,5
dont soins en sections médicalisées	0,8	1,4	2,0	2,3	2,6
Soins ambulatoires	22,1	27,5	33,7	36,1	38,8
dont Médecins	10,3	13,2	15,8	16,9	18,1
dont auxiliaires médicaux	4,0	5,3	6,8	7,5	8,1
dont dentistes	4,9	5,8	7,2	7,5	8,1
dont analyses	2,2	2,4	3,0	3,3	3,6
dont cures thermales	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9
Transports de malades	1,1	1,5	2,0	2,2	2,4
Médicaments	14,4	19,4	27,2	28,5	30,4
Autres biens médicaux ⁽¹⁾	2,9	4,4	7,4	8,0	8,6
Consommation de soins et de biens médicaux	78,5	101,9	127,6	135,4	144,3
Médecine préventive	1,7	2,2	2,8	3,0	3,1
Consommation médicale totale	80,2	104,1	130,4	138,4	147,4

(1) Optique, prothèses, orthèses, petits matériels et pansements.
Source : Drees, comptes nationaux de la santé 2005.

Le mode de financement du régime obligatoire a considérablement changé dans les années 90. En effet, la réforme de 1996 dite « réforme Juppé » du nom du Premier ministre de l'époque a substitué à une partie des cotisations sociales assises sur les salaires une contribution sur l'ensemble des revenus, ayant plutôt la caractéristique d'un impôt. Ainsi, en 1990, les cotisations (assurés + employeurs) représentaient 95,2 % des recettes du régime obligatoire de l'assurance-maladie contre 54,5 % en 2000. Dans le même temps, le total des impôts et taxes affecté passait de 1,6 % en 1990 à 38,7 % en 2000 (Sandier, Paris, Polton, 2005 : 38).

Le deuxième axe de réforme consiste à diminuer les dépenses santé. Par exemple, un Objectif National des Dépenses d'Assurance-Maladie (ONDAM) a été mis en place. L'évolution de cet objectif dépend de critères macroéconomiques. Son calcul ne prend pas en compte tous les facteurs d'accroissement des dépenses de santé. En effet, différents facteurs expliquent l'évolution des dépenses de santé :

- l'âge de la population (et en particulier son vieillissement);
- le progrès technique, notamment médical;
- les comportements socioculturels en matière de consommation des soins de santé;
- le fonctionnement du système de santé.

Pour contingentier les dépenses de santé, une action de l'État porte sur les honoraires des professionnels de la santé, notamment les médecins. Les médecins ont le choix d'être conventionnés ce qui entraîne que leurs honoraires soient remboursés intégralement aux patients par l'assurance-maladie. Mais en contrepartie, les honoraires sont fixés par l'État. Ainsi, une consultation chez un généraliste conventionné coûte 20 euros en 2005. Si le médecin choisit d'être non conventionné (le plus souvent des spécialistes à Paris), les honoraires ne sont alors pas remboursés par le régime obligatoire pour la partie supérieure au maximum fixé par l'État. De plus, les cotisations de ce médecin non conventionné au régime d'assurance-maladie sont à sa charge.

Une autre action du gouvernement a été de ne plus rembourser certains médicaments. On doit souligner la publication régulière de liste de médicaments qui ne sont plus remboursés. Il n'est toutefois pas évident de chiffrer mécaniquement les effets financiers de ces diminutions. Refuser le remboursement d'un médicament entraîne la baisse du poste, voir la suppression du poste le concernant dans les comptes des régimes obligatoires d'assurance maladie. Pourtant, les médecins peuvent avoir recours dans leurs ordonnances à des médicaments de substitution qui sont remboursés. Ces effets de substitutions sont difficiles à chiffrer.

La réduction des coûts passe aussi par des investissements en systèmes d'information. Ainsi, les professionnels ont lancé une carte « Santé Pharma » en 1986. Cette carte permet une dispense d'avance de frais par l'assuré. Elle évite aussi les échanges de papier entre les pharmacies et les organismes complémentaires. De plus, l'application Assurnet Santé a été mise en place en aval des caisses de la Sécurité Sociale pour simplifier les formalités de remboursement de la part prise en charge par l'assurance complémentaire. Cette applica-

tion a pour objet d'organiser la transmission automatique des décomptes des caisses de régime obligatoire vers les assureurs complémentaires. Elle évite à l'assuré d'avoir à envoyer son décompte de Sécurité Sociale à son assureur. Elle accélère fortement les délais de règlement et réduit les coûts de traitement administratif. Une formule appelée le « tiers payant » permet depuis de nombreuses années aux assurés de ne pas avancer les frais correspondants à la part normalement payée par les assureurs complémentaires santé. Ainsi, un assuré qui se rend dans une pharmacie ne fait pas dans la grande majorité des cas l'avance de cette part complémentaire. L'assureur va en effet payer directement la pharmacie. Ce « tiers payant » a été élargi peu à peu à d'autres professions de la santé, hors pharmacie. Ainsi des accords ont été signés en 2003 avec les syndicats des biologistes (chargés des études biologiques en matière de santé), puis des radiologues.

Par ailleurs, par ordonnance du 24 avril 1996, l'État a mis en place une carte de santé, nommée carte Vitale. Cette carte a été envoyée à tous les assurés sociaux en 1999. Cette carte doit être en principe présentée aux médecins lors d'une consultation. Elle permet de simplifier encore plus les démarches administratives dans le domaine de la santé. Auparavant, l'assuré se rendait chez son médecin qui remplissait une feuille de remboursement des frais médicaux. L'assuré se rendait ensuite avec cette feuille dans une pharmacie pour se faire délivrer des médicaments. Il devait coller les vignettes autocollantes se trouvant sur chacun des médicaments pour prouver leur achat et transmettre la feuille par la poste à la Sécurité Sociale. À réception de la feuille, elle était saisie à la Sécurité Sociale, validée puis renvoyée à l'assuré qui devait alors la transmettre à son assureur complémentaire santé. La carte Vitale a supprimé une grande partie de ces tâches administratives. C'est une carte individuelle qui permet la gestion administrative du dossier de chaque assuré. À l'issue de l'acte de soin, le professionnel de la santé peut transmettre en temps réel la demande de prise en charge à la Sécurité Sociale. Une fois que la consultation est terminée, l'assuré paye le médecin. La Sécurité Sociale est alors immédiatement informée de la transaction médicale et peut procéder au remboursement. Il en est de même à la pharmacie. Aucune feuille de soin sous la forme papier n'est alors remplie. Les transactions transitent dans un réseau informatique dédié : le RSS, Réseau Santé Social.

Une réforme récente a été l'instauration d'un « médecin traitant » (La loi réformant l'assurance-maladie est parue au Journal officiel du 17 août 2004). Il s'agit d'un médecin traitant de référence que l'assuré choisit et qui va le soigner au quotidien. Il est chargé de l'orienter dans l'ensemble de ses choix médicaux. Le choix du médecin traitant a dû être transmis par les assurés aux caisses d'Assurance

Maladie avant le 1^{er} juillet 2005. Depuis cette date, les actes médicaux qui ne sont pas réalisés ou recommandés par un médecin traitant pourront être moins bien remboursés.

Sur la base du système mis en place pour la carte vitale, il est aussi prévu d'avoir un dossier médical personnel qui contiendra des informations sur la santé de l'assuré (allergies, résultats d'examen, traitements en cours...). Constitué et mis à jour par le médecin traitant, ce dossier sera informatisé, dans le strict respect du secret médical. Les autres médecins éventuellement consultés pourront l'utiliser avec l'accord de l'assuré. Il sera généralisé mi-2007. En attendant, le médecin traitant peut, depuis 2005, accéder grâce à la carte Vitale aux remboursements sur l'année. Il pourra par exemple vérifier quel médicament a déjà été pris ou que le patient prend actuellement, afin de pouvoir prescrire le traitement adéquat.

La nouvelle carte Vitale, véritable carte d'identité santé, deviendra en 2007 la clé d'accès au dossier médical personnel et contiendra les données médicales utiles en cas d'urgence.

Un axe important de réduction des dépenses de santé passe par une reconfiguration du système. La tradition d'intervention de l'État français trouve ici un champ d'action et aussi presque sa raison d'être. En effet, l'État a décidé de diminuer le nombre de lits disponibles dans les hôpitaux publics ou privés. Une autre action porte sur la régulation de l'accès aux professions de la santé. Même si cette régulation peut paraître anecdotique, elle reflète les lacunes de l'État dans la gestion du système de santé. En effet, depuis une loi de 1979, le gouvernement fixe directement par arrêté le nombre d'étudiants pouvant être admis en deuxième année d'études de médecine, d'odontologie et de pharmacie, en fonction des besoins de santé de la population. En médecine, le *numerus clausus* est passé d'environ 8 500 à la rentrée 1979, à 4 754 en 1985 et 3 500 en 1993 pour augmenter de manière significative à partir de 1998, passant de 3 700 à 6 200 en 2005 (DREESb, 2005). Au 1^{er} janvier 2004, 207 700 médecins sont en activité en France dont 203 487 en France métropolitaine. Sous l'hypothèse d'un *numerus clausus* à 7 000 à partir de 2006, et en supposant constants les comportements des professionnels observés sur les années récentes (choix de spécialité, d'installation, de cessation d'activité...), le nombre de médecins en activité passerait à 186 000 en 2025 (DREESb, 2005). Comme l'État a mal prévu les besoins du pays en médecins, le pays va se retrouver en pénurie relative pendant quelques années. Il faut souligner que les études de médecine sont très largement subventionnées par l'État. En effet, les Facultés de médecine dépendent uniquement des universités publiques. Les frais d'inscription sont inférieurs à 350 euros par an.

Par ailleurs, une autre réforme a été l'augmentation de la responsabilisation des acteurs du système de santé. Ainsi, il a été décidé la mise en place d'une participation d'un euro qui est déduite automatiquement des remboursements depuis 2005. Elle concerne les consultations de généraliste ou spécialiste et les examens de radiologie ou biologie. Cet effort est limité à 50 euros par an et par personne et ne concerne pas les personnes âgées de moins de 18 ans, les femmes enceintes de plus de 6 mois, les bénéficiaires de la CMU (Couverture Maladie Universelle), les bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État.

Cette participation d'un euro est une espèce de franchise pour l'assuré. Le système existe pour les séjours à l'hôpital. Il s'agit du forfait hospitalier, qui est une participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien pour toute hospitalisation de plus d'une journée. Ce forfait est passé de 13 à 14 euros par jour au 1^{er} janvier 2005.

En dépit des efforts réalisés, les dépenses de santé continuent de croître. Le système de Sécurité Sociale reste donc à réformer, en dépit et au-delà des nombreuses tentatives rhétoriques pour le faire. En effet, selon Johanet, « *durant cinquante ans, l'État s'est avéré incapable de définir et mettre en œuvre une régulation administrée qui soit efficace* » (1998).

Les évolutions du système de santé ne concernent pas seulement la réduction des coûts. D'une certaine manière, l'instauration de la carte Vitale a été vécue comme une amélioration du système antérieur.

On peut aussi souligner un effort important pour offrir une plus grande étendue de ces services. Par exemple, une couverture maladie universelle, CMU a été instaurée en 1999 (loi du 27 juillet 1999 avec entrée en vigueur en 1^{er} janvier 2000). Ainsi, toutes les personnes résidant en France peuvent bénéficier d'une couverture maladie minimum. Cette couverture est une des composantes essentielles de la philosophie du système français de Sécurité Sociale qui est la solidarité nationale. La CMU est une couverture facultative gratuite. Les personnes concernées doivent faire une déclaration de leurs ressources à la caisse d'affiliation du régime obligatoire qui les couvre. Le bénéficiaire de la CMU peut choisir l'organisme auprès duquel il exercera ce droit et qui prendra en charges ses prestations de soin, aussi bien sa caisse de régime obligatoire agissant pour le compte de l'État, soit un organisme offrant une couverture de complémentaire maladie. Cette couverture maladie universelle concerne 4,7 millions de personnes en France en 2004 (FFSA, 2005a). Quand un organisme complémentaire ouvre la garantie maladie universelle d'une

personne, l'État verse à cet organisme une allocation annuelle de 304.52 euros pour le paiement des soins de santé complémentaires (montant au 1^{er} janvier 2005; Source : FFSA : 2005a : 17). Les dépenses des sociétés d'assurance (hors de frais de gestion) sont en moyenne de 270 euros par an et par individu (FFSA, 2003). Un fond a été créé pour financer la couverture maladie universelle : le fond de financement de la CMU. Il est financé par les départements français (plus de 50 % du total), par une taxe de 1,75 % du chiffre d'affaires d'assurance de soins des organismes complémentaires (environ 20 %), le solde étant payé par l'État. Avant l'instauration de la CMU, 86 % de la population était couverte par un contrat d'assurance complémentaire maladie (FFSA, 2001 : 17). Il y avait donc 14 % des personnes non couvertes. De plus, on estime aussi qu'un ménage sur quatre renonçait à se soigner pour des motifs financiers, notamment pour des soins dentaires, d'optique ou d'audioprothèse (FFSA : 1998 : 19). Pour avoir droit à la CMU, les ménages ne doivent pas dépasser un plafond de ressources mensuelles (qui se situe aux alentours de 600 euros, 548,82 euros en 2001). Un problème est l'effet de seuil. En effet, les ménages ayant des revenus tout juste supérieurs ne peuvent pas avoir droit à la CMU. Un dispositif de crédit d'impôt a donc été mis en œuvre en 2005 pour aider les personnes dépassant de peu le plafond de la CMU (dépassement maximum de 15 % du plafond). Ce crédit d'impôt leur permet de financer leur assurance complémentaire.

Un autre exemple de réforme concernant l'étendue des services a touché les professions non salariées. En effet, il faut signaler que le régime d'assurance-maladie particulier des professions indépendantes. En effet, les artisans, les commerçants et les professions libérales ont le choix du gestionnaire de la couverture maladie obligatoire. Entre les ayants droits directs et leur famille, 3 millions de personnes sont ainsi concernées par ce régime particulier en 2003. Des projets de regroupement sur un seul organisme de la collecte des cotisations sociales sont à l'étude. Depuis mars 2004, l'État a donc décidé de confier le recouvrement des cotisations et contributions sociales personnelles des professions indépendantes à un seul réseau, le régime social des indépendants (RSI).

Afin de réfléchir à de nouvelles réformes, un Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie a été créé en 2003. Ce conseil a quatre missions essentielles :

- Évaluer le système d'assurance-maladie et ses évolutions;
- Décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance-maladie, et apprécier les conditions requises pour assurer leur viabilité à terme;

- Veiller à la cohésion du système d'assurance-maladie au regard de l'égal accès à des soins de haute qualité et d'un financement juste et équitable;
- Formuler des recommandations de réforme destinées à répondre aux objectifs de solidité financière et de cohésion sociale.

Les assureurs privés souhaitent être impliqués dans les réformes de l'assurance-maladie. Par exemple, la FFSA, Fédération Française des Sociétés d'Assurances, est membre du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie. Ainsi, les assureurs ne restent pas passifs pour limiter les dépenses de santé, en attendant les efforts de l'État. Par exemple, une association a été créée par les assureurs en 1982 : l'association « Assureur, Prévention Santé », APS (association qui s'appelait auparavant APMS : Association des sociétés d'assurances pour la Prévention en Matière de Santé). 240 sociétés d'assurance membres ont donc décidé de mettre en commun des moyens afin de promouvoir toute action de prévention et d'information du public sur les risques de la vie quotidienne et les maladies graves. L'association soutient aussi des recherches médicales. Des actions de communication nationale ont été entreprises afin de sensibiliser le public à différents risques ayant des conséquences sur la santé. Il faut noter en particulier les campagnes concernant : le cancer, les maladies cardiovasculaires, le sida, les maladies infantiles, les affections de l'appareil digestif... Dans le domaine médical, l'accent est mis sur des recherches épidémiologiques visant à mieux connaître les facteurs de risques, à améliorer les techniques de dépistage précoces et les processus thérapeutiques.

3. L'ACTIVITÉ DES ASSUREURS DANS LE DOMAINE DE LA COMPLÉMENTAIRE MALADIE⁴

Les acteurs du marché de la complémentaire maladie

Trois types d'organisations interviennent en complément des régimes d'assurances obligatoires :

- Les mutuelles relevant du code de la Mutualité;
- Les sociétés d'assurances, notamment les compagnies privées;
- Les institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité Sociale.

Le marché français est caractérisé par une forte présence de mutuelles qui avaient en 2003 18 millions d'adhérents pour 38 millions d'assurés (CCMIP, 2004 : 7). Les mutuelles sont des organisations à but non lucratif. Chaque assuré est à la fois un client et un actionnaire (sociétaire) de la mutuelle. Chaque sociétaire a le droit de participer à différents niveaux de décision au travers d'un système d'élection. Derrière le terme générique de Mutuelle se cache une grande diversité, un peu obscure aux yeux des observateurs étrangers.

Le terme de Mutuelle recouvre en fait :

- Les Sociétés d'Assurance Mutuelle, SAM sont des sociétés civiles sans but lucratif. Elles utilisent ou non des intermédiaires commissionnés qui sont des agents ou des courtiers. Elles n'ont pas de restriction géographique, à moins que cela soit stipulé dans leurs statuts. Elles sont sous le coup du Code des assurances. Un exemple est celui des Mutuelles du Mans Assurances, MMA (auparavant une entreprise publique MGF, Mutuelle Générale Française, privatisée en 1987 et maintenant MMA).
- Les Sociétés Mutuelles d'Assurance, SMA sont des associations. Elles ont toujours des statuts impliquant une spécialisation géographique ou professionnelle. Elles n'utilisent pas d'intermédiaires. Elles ne peuvent pas vendre de produits d'assurance-vie. Elles sont parfois nommées Mutuelles pures. Elles peuvent faire un appel supplémentaire de cotisations aux sociétaires si les résultats techniques sont mauvais.
- Les sociétés d'assurance mutuelles agricoles sont sous la supervision du Ministère de l'Agriculture et du Ministère des Finances. Elles ont vocation à assurer le monde agricole.
- Les Mutuelles 1945 dépendent du code de la Mutualité. Elles sont appelées mutuelles 1945 ou mutuelles ou plus rarement mutualistes. Elles ont été créées pour apporter une couverture complémentaire maladie au moment où la Sécurité Sociale a été créée en 1945. Il s'agit d'association à but non lucratif. Depuis la loi du 25 juillet 1985, seules les Mutuelles 1945 peuvent être appelées "mutuelles" sans aucune restriction. Les autres types de Mutuelles doivent rajouter le terme « d'assurances ». Une Mutuelle 1945 est un régime social d'assurance sociale dont l'objectif est de donner une couverture de complémentaire maladie. Il s'agit d'un groupe de personnes qui se lient ensemble pour assurer leurs dépenses de santé sans aucun objectif de profit (Abramovici, 2001 : 18).

L'introduction des Directives Européennes dans le Code de la Mutualité a transformé le secteur mutualiste français. En effet par une loi du 19 avril 2001, le régulateur français a augmenté les règles prudentielles pour les Mutuelles 1945. Elles ont maintenant les mêmes exigences de solvabilité que les compagnies d'assurances. Comme beaucoup de Mutuelles 1945 n'avaient pas atteint des ratios suffisants de solvabilité, de vastes mouvements de fusion ou de dissolution sont en cours. Il y en avait 8635 in 1973, 5780 en 1995, et 2500 à la fin de 2003. Certains spécialistes pensent que le nombre devrait diminuer jusqu'à 800 (CCMIP, 2004 : 7). En définitive, le secteur est déjà concentré. En effet, 30 Mutuelles 1945 réalisent 50 % du chiffre d'affaires des Mutuelles 1945 en 2003, et les 100 premières 2/3 du CA (CCMIP : 2004 : 8). Les Mutuelles 1945 ont collecté 16,32 milliards d'euros de primes en 2002. Leurs activités se répartissent entre 73 % pour la complémentaire maladie, 14 % pour des produits de retraite, et 13 % pour des *oeuvres sanitaires et sociales* (CCMIP, 2004 : 7). Si on exclut les Mutuelles 1945, le paysage de l'assurance en France comprend 123 autres sociétés Mutuelles (SAM ou SMA) avec 14 spécialisées en vie, une mixte et 108 en dommages.

Les sociétés d'assurances sont des sociétés anonymes d'assurance, régies par le code des assurances. Elles peuvent vendre n'importe quel produit sans aucune limitation territoriale. Elles peuvent être privées ou publiques. Après le mouvement important de privatisation des années 1990, les sociétés publiques d'assurance ont presque totalement disparu en France. On comptait seulement une société mixte et deux sociétés dommages à la fin 2003 : la CNP, Caisse Nationale de Prévoyance (divisée en deux sociétés), et la CCR, Caisse Centrale de Réassurance. Ainsi, sur un total de 247 compagnies d'assurances à la fin 2003, la quasi-totalité des sociétés était privée. Les compagnies d'assurances dominent le marché vie avec 93,7 % du marché (CCA, 2003 : 26) et une part de marché très importante en dommages avec 65,4 % (CCA, 2003 : 81).

Les institutions de prévoyance sont régies par le Code de la Sécurité Sociale. Il s'agit d'organisation à but non lucratif. Parmi les plus importantes, il faut signaler Pro BTP, AG2R, Mederic, Prisma Prévoyance et Malakoff. Les institutions de prévoyance vendent des produits de protection personnelle, en particulier des complémentaires maladies. Elles sont gérées par les salariés et les employeurs. Elles gèrent des contrats collectifs d'entreprise. À la fin 2002, elles avaient 14 millions de cotisants (CCMIP, 2004 : 11). Leurs activités sont réparties en la complémentaire maladie pour 48 %, 21 % pour des produits d'assurance-vie et 18 % pour des produits d'assurance en cas d'invalidité ou d'accident (CCMIP, 2004 : 12).

Les dépenses de soins santé se sont élevées en 2004 à 153 milliards d'euros. Ce montant est en grande partie couvert par les organismes de base (la Sécurité Sociale notamment) pour 117,8 milliards d'euros soit 77 % du total. La charge des ménages est de 16,8 milliards d'euros soit près de 11 %. Au niveau de l'ensemble des dépenses de santé, l'ensemble des organismes complémentaires finance donc une partie marginale mais importante avec 12 % du total. Toutefois, les organismes complémentaires couvrent une part non négligeable de certains postes de dépenses. En particulier, les soins non hospitaliers sont souvent couverts par des assurances complémentaires. Ainsi, les organismes complémentaires remboursent 35 % des soins dentaires, 20 % des soins médicaux, 21 % des analyses biologiques, 18 % de la consommation de médicaments, 25 % des frais d'optique (FFSA, 2004). Les cinq postes (soins dentaires, médecins, analyses, médicaments, optique) représentent 80 % des remboursements effectués en 2004 par les entreprises d'assurance.

La répartition du marché de la santé se répartit donc ainsi. Les mutuelles ont la plus grande part de ce marché avec 10,4 milliards d'euros de prestations versées en 2004, soit une part de marché de 6,7 % du montant des prestations santé (en ajoutant régime obligatoire et complémentaire). Les sociétés d'assurance ont la deuxième part de marché avec 2,8 % du montant des prestations, soit un montant de 4,4 milliards d'euros versés en 2004. Les institutions de prévoyance ont de leur côté versé 3,6 milliards d'euros en 2004, soit 2,3 % du total des prestations complémentaires aux assurés (Cf. Tableau 5).

**TABLEAU 5
STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA DÉPENSE
COURANTE DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX EN %**

	1990	1999	2001	2002	2003	2004
Sécurité sociale	76,0	75,5	75,4	75,6	75,8	76,0
État et collectivités locales	1,1	1,1	1,3	1,2	1,2	1,2
Mutuelles	6,1	7,3	7,1	7,0	7,0	6,7
Sociétés d'assurance		2,8	2,6	2,7	2,8	2,8
Institutions de prévoyance	16,7*	2,0	2,4	2,5	2,5	2,3
Ménages		11,3	11,3	11,0	10,9	10,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
* correspond au trois postes : sociétés d'assurance, institutions de prévoyance et ménages. Source : DRESS, 2003 et 2004.						

Si on se concentre sur le marché de la complémentaire maladie, on obtient des parts de marché toujours en faveur des Mutuelles. Sur les 85 % de personnes ayant souscrit une assurance complémentaire maladie, les parts de marché dans le domaine de la santé se répartissent entre 48 % pour les mutuelles relevant du code de la mutualité, 18 % auprès des sociétés d'assurance et 15 % auprès des institutions de prévoyance, 6 % ne connaissent pas le statut de l'organisme qui les assurent (Source : Crédes, enquête sur la première assurance complémentaire demandée in FFSA : 1999 : 16). L'explication de la part de marché importante des Mutuelles 1945 provient en partie d'une distorsion de concurrence qui a existé en faveur des Mutuelles en France pour le marché de la complémentaire maladie. En effet, les Mutuelles 1945 et les institutions de prévoyance bénéficiaient d'un régime de prélèvements fiscaux privilégiés à l'inverse des sociétés d'assurance. Ainsi sur la couverture individuelle, un assuré devait payer une taxe de 7 % sur le montant de sa prime souscrite auprès d'une compagnie d'assurance alors que cette taxe était nulle pour les Mutuelles 1945 ou les institutions de prévoyance (Cf. Tableau 6). Après plusieurs années d'action, les sociétés d'assurance ont réussi à obtenir la fin de cette distorsion de concurrence (FFSA, 2005a).

**TABLEAU 6
LES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX OBLIGATOIRES SUR L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE
(FRAIS DE SANTÉ)**

PRÉLÈVEMENTS FISCAUX	COUVERTURE INDIVIDUELLE			COUVERTURE COLLECTIVE					
	Entreprises relevant du code des assurances	Institutions de prévoyance	Mutuelles relevant du code la Mutualité	PART PATRONALE			PART SALARIALE		
				Entreprises relevant du code des assurances	Institutions de prévoyance	Mutuelles relevant du code la Mutualité	Entreprises relevant du code des assurances	Institutions de prévoyance	Mutuelles relevant du code la Mutualité
Taxe d'assurance	7,00	0,00	0,00	7 (*)	0,00	0,00	7,00	0,00	0,00
Taxe sur la prévoyance (**)	0,00	0,00	0,00	8,00	8,00	8,00	0,00	0,00	0,00
CSG	0,00	0,00	0,00	7,50	7,50	7,50	0,00	0,00	0,00
CRDS	0,00	0,00	0,00	0,50	0,50	0,50	0,00	0,00	0,00
Contribution CMU	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75	1,75
TOTAL	8,75	1,75	1,75	24,75	17,75	17,75	8,75	1,75	1,75

(*) exonération dans certaines conditions, (**) pour les entreprises de plus de 10 salariés.
Source : FFSA, Rapport annuel 1998: 17,

L'offre de complémentaire maladie

Le chiffre d'affaires de l'assurance-santé augmente régulièrement sous l'effet de la hausse continuelle des dépenses de santé, et par suite des primes d'assurance des contrats de complémentaire maladie. Le chiffre d'affaires est lié à une demande croissante de services de santé de la part de la population française. Une partie de cette demande accrue découle du vieillissement de la population française. La croissance est aussi le résultat de l'émergence de nouvelles garanties.

L'étendue de la prise en charge par les assurances complémentaires maladie peut varier de la simple prise en charge du ticket modérateur au remboursement partiel ou total des frais non remboursés par la Sécurité Sociale. Le ticket modérateur correspond à la part des dépenses de soins restant à la charge du patient, après remboursement par le régime d'assurance obligatoire. Encore appelé « co-paiement », par les Anglo-Saxons, ce principe permet d'associer directement le malade au paiement de ses propres soins, recréant ainsi à son niveau un mécanisme de marché. Ainsi responsabilisé financièrement, le patient est censé modérer de lui-même sa consommation. Le ticket modérateur a été introduit en France dès la création de la Sécurité Sociale, et il se retrouve, sous des formes diverses dans d'autres systèmes de soins européens.

Les assurances-maladie et accidents font l'objet de contrats spécifiques ou peuvent être annexées à des contrats d'assurance-vie. Les contrats spécifiques couvrent les assurances individuelles contre les accidents, les contrats complémentaires santé ou hospitalisation, assurance dépendance, garantie des accidents de la vie... Les contrats d'assurance-vie peuvent avoir en annexe des garanties invalidité, accident... Les contrats d'assurance contre les accidents corporels garantissent le versement de prestations forfaitaires (un forfait est calculé à l'avance en fonction des conséquences d'un accident) ou indemnitaires et parfois le remboursement de soins de santé, en cas d'accident ayant entraîné une incapacité, une invalidité ou un décès. Les mêmes prestations peuvent être versées par des assureurs de responsabilité civile, en particulier automobile aux victimes d'accidents de la route. Ces opérations sont comptabilisées dans la branche d'assurance de biens et de responsabilités. Ainsi, le marché des assurances d'accidents corporels est enregistré dans deux branches de l'assurance : l'assurance-vie (comprenant la santé) et l'assurance IARD, les assurances de biens et de responsabilité.

Les assurances complémentaires sont souscrites en France à titre collectif ou individuel. À titre collectif, les contrats sont dits « groupes fermés », s'ils couvrent de façon obligatoire tous les sala-

riés ou une partie d'entre eux. Ils s'intitulent « groupes ouverts » si le choix est offert aux assurés d'adhérer ou non au contrat souscrit par l'entreprise ou par une association. À titre individuel, les contrats sont personnels et volontairement choisis par l'assuré. En assurance de groupe (2/3 des contrats de complémentaire maladie en France), les primes assurent la couverture des risques par période successive d'un an. Les primes sont fixées le plus souvent en pourcentage du salaire et partagées entre l'employeur et le salarié dans des proportions de l'ordre de 60/40 ou 50/50. Elles ne dépendent ni de l'âge de l'assuré, ni de sa situation de famille.

Les garanties offertes par les organismes complémentaires sont variables entre les organismes et entre les contrats.

D'une part, l'assuré peut recevoir des prestations en nature. Les remboursements sont limités au seul ticket modérateur pour les dépenses pharmaceutiques, les analyses et les soins d'auxiliaires médicaux. En revanche, ils peuvent concerner les frais réels (déduction faite du remboursement de la Sécurité Sociale) pour les soins de médecins, notamment ceux qui sont à honoraires libres (ce qui correspond aux honoraires pratiqués par les professionnels de la santé non conventionnés). Les soins dentaires sont le plus souvent remboursés dans la limite du ticket modérateur. Les prothèses dentaires sont prises en charge de manière variable suivant qu'elles sont remboursées ou pas la Sécurité Sociale. Les contrats peuvent prévoir des remboursements dans la limite d'un forfait annuel ou des frais réels. Dans la plupart des garanties, il existe un délai de carence, qui peut aller de trois à douze mois en fonction des contrats. Les frais d'optique sont couverts dans des conditions comparables à celle des frais dentaires, les délais de carence sont en général plus courts et les forfaits annuels moins élevés. Parfois, le nombre de lunettes est limité par année et les verres de contact non acceptés par la Sécurité Sociale ne sont pas remboursés. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge de manière variable : du remboursement du ticket modérateur à la prise en charge du forfait hospitalier, des frais supplémentaires de chambre individuelle ou des frais d'accompagnement d'un enfant malade.

D'autre part, l'assuré peut aussi recevoir des prestations en espèces. Il peut s'agir d'indemnités journalières pour les incapacités temporaires et pensions d'invalidité qui s'ajoutent éventuellement aux prestations des régimes obligatoires.

Il faut signaler que, depuis juin 2001, la plupart des assureurs se sont engagés à accepter des risques sans questionnaire médical, sans sélection, et sans exiger l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle spécifique (FFSA, 2001 : 17). Néanmoins, une convention

a été signée entre l'État et les assureurs pour ce qui concerne les risques aggravés. Cette convention, dite convention Belorgey, a été signée en septembre 2001. Ce dispositif permet aux candidats à des prêts à la consommation de bénéficier de contrats d'assurance sans questionnaire santé. Le montant des crédits à la consommation est plafonné à 10 000 euros. Pour les crédits immobiliers, les personnes qui présentent un risque aggravé peuvent accéder plus facilement à l'assurance exigée par les organismes prêteurs.

Un nouveau secteur de l'assurance concerne le risque dépendance. Les prévisions démographiques françaises soulignent le vieillissement de la population. Cela est consécutif de facteurs multiples comme l'allongement de la durée de la vie, les perspectives de la natalité et le niveau de l'immigration. En 1901, la France avait 34,3 % d'habitants de moins de 20 ans, contre 24,9 % en 2005 (Cf. tableau 7). En 2050, la France comptera 22,4 millions d'habitants de plus de 60 ans soit 35,1 % de la population contre 20,6 % en 2000. Les personnes de plus de 75 ans seront 11,6 millions, soit un chiffre trois supérieur à celui de 2000. Les jeunes de moins de 20 ans représenteront 20 % de la population (12,8 millions) contre 25 actuellement (15 millions). Le vieillissement de la population française augmente les dépenses de santé. En effet, les dépenses de santé varient beaucoup selon les âges de la vie : relativement élevées à la naissance, elles diminuent fortement pendant l'enfance jusqu'au début de la vie d'adulte, avant de croître lentement à partir de 45-50 ans, puis de manière très importante après 65 ans (Bac, Cornilleau, 2002). Dans le futur, le poids du vieillissement sur les dépenses de santé devrait augmenter. L'impact de la modification de la structure par âge de la population française devrait être de 0,7 % par an (Bac, Cornilleau, 2002).

Le risque de dépendance devrait prendre une place importante dans les années à venir (FFSA, 200(b)). Des contrats spécifiques d'assurance-dépendance sont ainsi vendus depuis quelques années. Le risque dépendance est un risque divers incluant à la fois un besoin d'assurance complémentaire maladie, et aussi un besoin financier avec assistance de rentes viagères ou de capitaux à la retraite.

**TABEAU 7
POPULATION PAR GROUPE D'ÂGE EN FRANCE
MÉTROPOLITAINE**

	Moins de 20 ans en %	20 ans à 59 ans en %	60 ans et plus en %	Âge moyen en années
1901	34.3	53.0	12.7	32.4
1910	33.6	53.7	12.7	32.6
1920	31.3	54.9	13.8	34.4
1930	30.1	55.7	14.2	34.1
1946	29.5	54.5	16.0	35.6
1950	30.1	53.6	16.3	35.3
1960	32.2	51.0	16.8	34.9
1970	33.2	48.8	18.0	34.8
1980	30.6	52.4	17.0	35.7
1990	27.8	53.2	19.0	36.9
2000	25.6	53.8	20.6	38.7
p 2003	25.1	54.3	20.6	39.2
p 2004	25.0	54.3	20.7	39.3
p 2005	24.9	54.3	20.8	39.5

Population et âge moyen au 1^{er} janvier.

p : données provisoires.

Source : Insee, Bilan démographique.

http://www.insee.fr/fr/ffc/chifcle_liste.asp?theme=2&soustheme=1&souspop=

4. CONCLUSION

La France est caractérisée par un excellent système de santé à en juger par la qualité des soins fournis. Le système connaît pourtant une crise depuis de nombreuses années avec une augmentation importante des dépenses. Cette tendance loin de se ralentir en dépit de nombreuses réformes, montre une certaine accélération avec un poids des dépenses de santé qui a progressé deux fois plus vite que l'inflation dans les 20 dernières années. Le système d'assurance-

maladie est séparé entre un régime d'assurance obligatoire et une couverture complémentaire. Une grande transformation s'est opérée dans le mode de financement du système public qui est devenu depuis 1996 plus un impôt assis sur l'ensemble des revenus. Le marché de la complémentaire maladie est dominé en France par des Mutuelles et des institutions de prévoyances, organismes à but non lucratif qui ont bénéficié de distorsion de concurrence jusqu'au début des années 2000. Loin d'être arrêtée, l'augmentation des dépenses de santé devrait subir l'influence importante du vieillissement de la population français dans les années à venir.

Références

- Abramovici, Gérard, 2001. *Méthodologie générale des comptes de la protection sociale en base 95*. France : Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, N° 26, septembre, 88 p.
- Bac, C., Cornilleau, G., 2002, « Comparaison internationale des dépenses de santé : une analyse des évolution dans sept pays depuis 1970 ». France : Paris, DRESS, *Etudes et Résultats*, N° 175, Juin.
- CCA, Commission de Contrôle des Assurances, 2003. *Tableaux de synthèses – exercice 2002*. France : Paris, CCAMIP, 189 p.
- CCMIP, Commission de Contrôle des Mutuelles et Institutions de Prévoyance, 2004. *Rapport d'Activité 2002-2003*. France : Paris, CCMIP, juillet, 43 p.
- Cummins, D., Venard, B., 2005. *International Insurance Markets. Between Global Dynamics and Local Contingencies. To be published*.
- DRESS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2005a, *Données sur la situation sanitaire et sociale de la France en 2004*, Annexes A au projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2005, France : Paris, Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère de la Santé et de la protection sociale.
- DRESS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2005b, Documents de travail : « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2005 », n° 82, mai & « Les médecins : estimations au 1^{er} janvier 2004 », n° 78, mars, France : Paris, Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère de la Santé et de la protection sociale.
- DRESS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2003 et 2004, *Comptes nationaux de la santé 2003 et 2004*, France : Paris, Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère de la Santé et de la protection sociale.
- FFSA, Fédération Française des Sociétés d'Assurances, 2005a, *Rapport Annuel*. France : Paris (d'autres rapports annuels de la FFSA sont cités avec mention de leur année de référence).
- FFSA, Fédération Française des Sociétés d'Assurances, 2005b, « Vieillesse et dépenses de santé : accélération de la croissance contenue ou explosive? ». France : Paris, *Flash*, 8 Juillet.

- Fenina, A., Geoffroy, Y., 2004. *Comptes nationaux de la santé en 2003*. France : Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion social, Ministère de la Santé et de la protection sociale, Série Statistiques, N° 65, juillet.
- Fenina, A., Geoffroy, Y., 2005. *Comptes nationaux de la santé en 2004*. France : Paris, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion social, Ministère de la Santé et de la protection sociale, Série Statistiques, N° 84, juillet.
- Hatzfeld, Henri, 1971. *Du paupérisme à la Sécurité Sociale, Essai sur les origines de la Sécurité Sociale en France (1850-1940)*. France : Paris, Armand Colin, 344 p.
- Johanet, G., 1998. *Sécurité Sociale : l'échec et le défi*. France : Paris, Seuil, 220 p.
- Landrain, E., 2004. *Les réformes de l'assurance maladie en Europe*. France : Paris, Assemblée Nationale, Rapport d'information N° 1672, 15 juin.
- Lambert, Alain, 1999. *Assurons l'avenir de l'assurance*. France : Paris, Sénat, Rapport au Sénat N°45, Commission des Finances, tome II.
- Mossialos, Elias, Dixon, Anna, Figueras Josep, Kutzin Joe, 2002. *Funding Health Care : options for Europe*. Open University Press.
- OMS, Organisation Mondiale de la Santé, 2000. *The World Health Report. Health systems : Improving Performance*. France : Paris, Organisation Mondiale de la Santé, 210 p.
- Richard, Pierre-Jean, 1956. *Histoire des institutions d'assurance en France*. France : Paris : ed. Argus, 330 p.
- Rodwin, V., 2003. « The Health Care System Under French National Health Insurance : Lessons for Health Reform in the United States ». USA : *American Journal of Public Health*, Janvier, 93, 1.
- Sandier, S., Paris, V., Polton, D., 2004. *Systèmes de santé en transition*. Copenhague, Bureau régionale de l'OMS pour l'Europe de la part de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

Notes

1. Pour une présentation exhaustive, on peut conseiller la lecture du rapport de Sandier, Paris et Polton, 2004.
2. La Loi sur les assurances sociales (1930) est une autre date importante pour la protection sociale en France avec l'instauration d'un régime de protection obligatoire pour les salariés de l'industrie et du commerce.
3. PIB : Produit Intérieur Brut.
4. Pour une présentation plus complète du marché français de l'assurance, voir Cummins, Venard, 2005.