

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



JUILLET
2017
NUMÉRO
1017

Les dépenses de santé depuis 1950

En soixante-cinq ans, la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans la richesse nationale a été multipliée par 3,5, passant de 2,5 % du PIB en 1950 à 8,9 % en 2015.

La croissance de la CSBM a été particulièrement forte jusqu'au début des années 1980, période marquée par le développement conjoint de la Sécurité sociale, de la demande et de l'offre de soins. Sur les trente-cinq dernières années, le rythme de croissance de la CSBM s'est nettement réduit, à la suite d'un renforcement graduel de la régulation des dépenses.

La part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses de santé a crû fortement jusqu'à atteindre un pic en 1980. Symétriquement, la participation financière des ménages et celle des administrations centrales et locales ont diminué jusqu'au début des années 1980, tandis que le développement des organismes complémentaires s'est amorcé dès les années 1970. La part de la CSBM financée par la Sécurité sociale, proche de 77 % en 2015, est globalement stable depuis 1990. Entre 1990 et 2015, les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) ont vu leur prise en charge s'accroître, notamment sur les biens médicaux et les soins de ville.

Hélène SOUAL (DREES)

Les comptes de la santé retracent chaque année les évolutions et le financement des dépenses de santé à travers deux agrégats majeurs : la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et la dépense courante de santé (DCS). Un travail de réropolation a permis de construire des séries homogènes couvrant la période allant de 1950 à 2015 pour la CSBM, et la période de 1995 à 2015 pour la DCS.

La CSBM synthétise la dépense de biens et de services médicaux consommés en vue de traiter une perturbation provisoire de l'état de santé¹. Entre 1950 et 2015, sa part dans le produit intérieur brut (PIB) a été multipliée par 3,5, passant de 2,5 % à 8,9 % (graphique 1A). Au cours de cette période, ces dépenses de santé ont crû en valeur de 10,0 % par an en moyenne, tandis que le PIB progressait de 7,9 % par an (graphique 1B). Cette croissance s'est accompagnée d'une amélioration régulière de l'état de santé de la population : l'espérance de vie a progressé par exemple de seize années de 1950 à 2015.

Cette croissance est d'autant plus remarquable que le prix de la CSBM croît moins vite que celui du PIB. Pendant toute la période, il a progressé de 4,1 % par an en moyenne, contre +4,6 % pour le prix du PIB. La décroissance continue du prix relatif des médicaments² par rapport au

...

1. La CSBM comprend les dépenses des soins hospitaliers, des soins de ville, des transports de malades, des médicaments et d'autres biens médicaux (Befy *et al.*, 2016).

2. L'indice de prix des médicaments, calculé par l'INSEE, n'intègre toutefois les médicaments innovants que l'année suivant leur mise sur le marché au sein de l'échantillon retenu. Or, ceux-ci sont généralement plus coûteux que la moyenne des médicaments déjà sur le marché.

•••

3. S'agissant des soins hospitaliers, on note toutefois, au cours de cette période, une inflexion temporaire de leurs prix relatifs au milieu des années 1980, après le passage de leur financement à la dotation globale. L'inflexion suivante apparaît à partir de 2004 avec le passage progressif à la tarification à l'activité.

4. Le développement de l'offre de soins fait partie des objectifs visés lors de la création de la Sécurité sociale dans l'immédiat après-guerre.

5. Historiquement, l'hôpital était réservé aux indigents et aux aliénés.

PIB compense en effet la dynamique des prix relatifs des soins de ville et des soins hospitaliers³ en hausse respectivement jusqu'au début des années 1970 et 2000 (graphique 2).

Schématiquement, deux grandes périodes peuvent être distinguées. De 1950 à 1985, le système de santé monte en charge tant sur le plan de la demande et de l'offre que du financement et du mode de régulation. Il en résulte une très forte croissance de la CSBM. Durant les trente années suivantes, les dépenses de santé ralentissent nettement, sous l'effet des mesures prises pour en maîtriser la croissance.

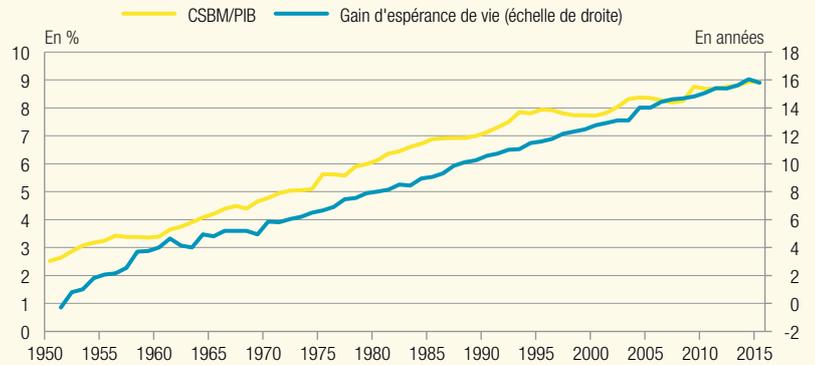
De 1950 à 1985, le système de soins se développe considérablement

Entre 1950 et 1985, la part de la CSBM dans le PIB progresse de 4,4 points. Ce développement très rapide tient à plusieurs facteurs, à la fois du côté de la demande et de l'offre de soins. D'une part, les dépenses de santé ont la particularité, commune aux biens dits « supérieurs », d'augmenter plus rapidement que le revenu national (Mahieu, 2002). C'est le cas pendant la période favorable des Trente glorieuses. La généralisation progressive de l'assurance maladie permet alors de financer cette demande de soins. D'autre part, l'offre de soins se développe à travers la croissance de l'équipement hospitalier et l'augmentation de la densité des personnels médicaux et paramédicaux⁴. Enfin, le progrès technique dynamise lui aussi les dépenses. Durant ces trente-cinq années, la croissance est stimulée en premier lieu par les soins hospitaliers. La dépense hospitalière augmente en effet de 16 % par an (soit +7 % par an en volume) et sa part dans la CSBM (44 % en 1950) atteint un pic, à 55 %, en 1982 (graphiques 3 et 4). Cette expansion fait suite à de nombreux programmes de construction d'hôpitaux. Elle accompagne une profonde transformation du système hospitalier, engagée dès la Seconde Guerre mondiale par l'ouverture de l'hôpital aux malades payants⁵ (loi de 1941). La réforme hospitalo-universitaire de 1958 renforce le rôle des hôpitaux (prévention, diagnostic, réadaptation fonctionnelle), crée les centres hospitaliers



GRAPHIQUE 1A

Part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB et gain en espérance de vie



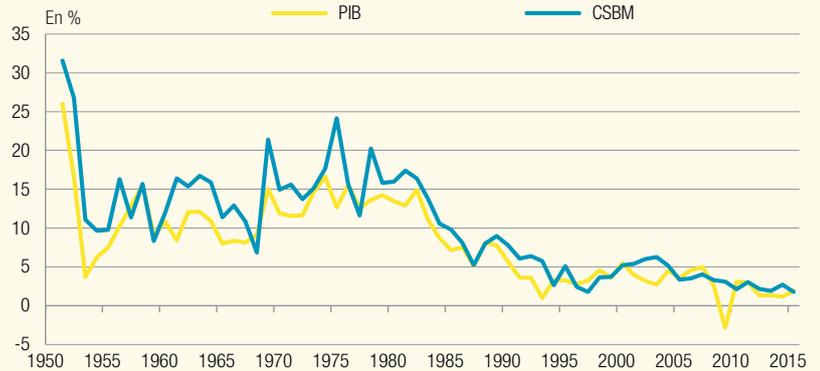
Note • Le gain d'espérance de vie est l'écart d'espérance de vie à la naissance (moyenne simple femme-homme) par rapport à celle de 1950.

Sources • DREES, comptes de la santé pour la CSBM ; INSEE pour le PIB base 2010 et l'espérance de vie à la naissance.



GRAPHIQUE 1B

Évolution annuelle de la consommation de soins et de biens médicaux et du PIB, en valeur

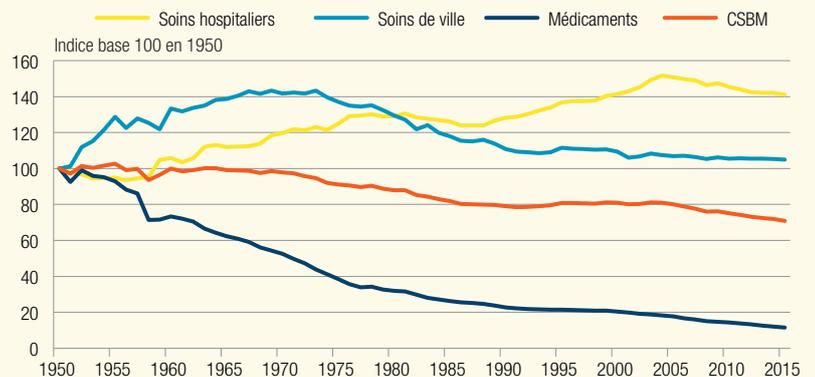


Sources • DREES, comptes de la santé pour la CSBM ; INSEE pour le PIB base 2010.



GRAPHIQUE 2

Prix relatif de la consommation de soins et de biens médicaux et de ses composantes, par rapport au prix du PIB

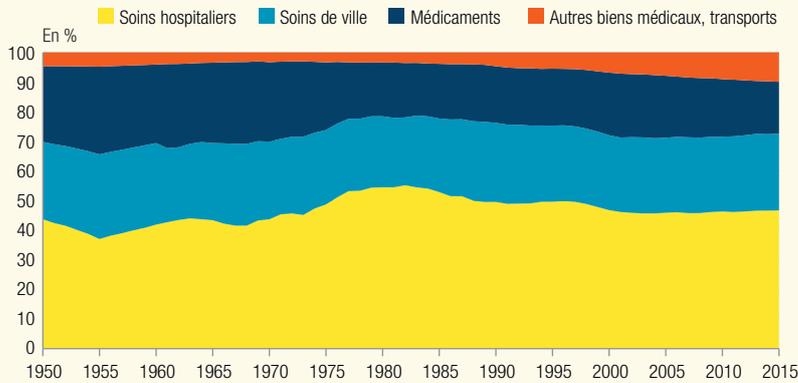


Note • L'indice de prix de la consommation de soins et de biens médicaux intègre aussi ceux des autres biens médicaux et des transports, non représentés ici.

Sources • DREES, comptes de la santé pour la CSBM ; INSEE pour le PIB base 2010.

GRAPHIQUE 3

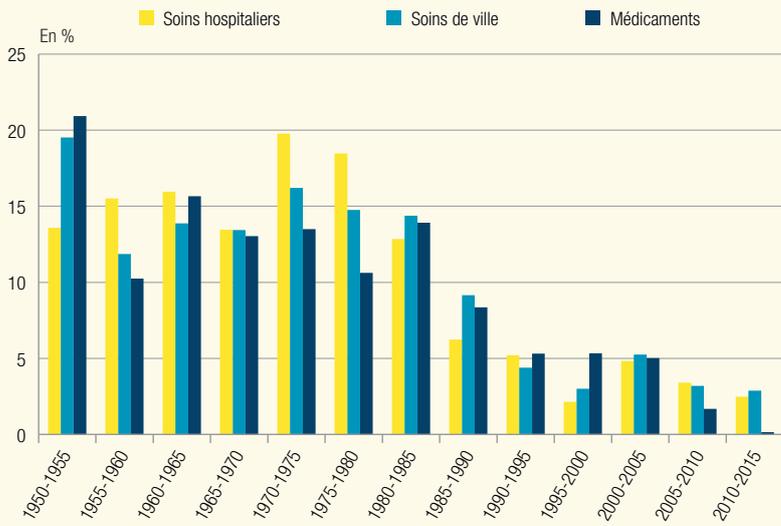
Structure de la consommation de soins et de biens médicaux, en valeur



Source • DREES, comptes de la santé.

GRAPHIQUE 4

Taux de croissance des principaux agrégats de la consommation de soins et de biens médicaux, en valeur



Source • DREES, comptes de la santé.

universitaires et le « temps plein hospitalier » pour les médecins qui partageaient auparavant leur activité entre la faculté, l'hôpital et leur cabinet de ville. L'hôpital devient progressivement le pilier du système de santé.

Même si leur part dans la CSBM reste quasiment inchangée entre 1950 (26 %) et 1985 (25 %) du fait de la croissance des autres composantes de la dépense, les soins de ville sont également très dynamiques pendant cette période (+15 % par an, +7 % par an en volume). Ce développement est rendu possible par la croissance des effectifs

des professionnels de santé. La densité de médecins est ainsi multipliée par trois entre 1950 et 1985 (Bui-Dang-Ha-Doan, 1963 ; Annuaire, 1987).

Au cours de cette période, la part des médicaments progresse légèrement moins vite (+14 % par an), malgré une très forte croissance en volume (+10 % par an). En effet, leur prix augmente à un rythme bien plus modéré (+3 % par an) que ceux du reste de la CSBM (+7 % par an). Du fait de cette moindre croissance, la part des médicaments dans la CSBM recule sensiblement, passant de près de 26 % en 1950 à 18 % en 1985⁶.

De 1985 à 2015, les dépenses de santé progressent bien plus modérément

Le rythme de croissance de la CSBM se réduit dès le début des années 1980, en particulier celui des soins hospitaliers. Les plans de financement de la Sécurité sociale, remplacés chaque année à partir de 1997 par les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS), ont en effet pour objectif récurrent de limiter la croissance des dépenses d'assurance maladie :

- l'axe principal du plan Séguin (1986) consiste à limiter l'exonération du ticket modérateur aux seules dépenses liées aux affections de longue durée (ALD)⁷ ;
- la première LFSS, pour l'année 1997, fixe pour la première fois des objectifs nationaux de progression des dépenses d'assurance maladie (mise en place de l'ONDAM) ;

– diverses mesures d'économie sont mises en œuvre à partir de 2005, parmi lesquelles les participations forfaitaires, les franchises, la création du parcours de soins coordonnés ou encore le déremboursement et les baisses de prix de certains médicaments.

Ainsi, la part des dépenses de santé dans le PIB stagne entre 1986 et 1988, puis recule entre 1995 et 2000 et entre 2004 et 2007. À l'inverse, les périodes de dégradation de la croissance économique (1993, début des années 2000, 2009) provoquent des ressauts de la CSBM dans le PIB⁸. Au total, elle progresse de 2,0 points entre 1985 et 2015. La dépense hospitalière ralentit entre 1985 et 2005, sous les effets graduels de l'instauration de la dotation globale hospitalière (en 1984). Aussi la dépense hospitalière voit sa progression diminuer de 7,4 % en 1985 à 3,9 % en 2005. De ce fait, au cours de ces trente années, la part des soins hospitaliers dans la CSBM décroît, revenant quasiment à son niveau de 1950 (46 % en 2005). Elle progresse ensuite légèrement, atteignant 47 % en 2015.

La part des médicaments dans la dépense augmente, elle, jusqu'en 2001 (elle atteint alors 22 %), dans une période d'intense innovation, avant de refluer (17 % en 2015), du fait des baisses de prix d'ampleur croissante depuis 1999, mais aussi d'actions de maîtrise médicalisée (développement des génériques...). Les soins de ville

...

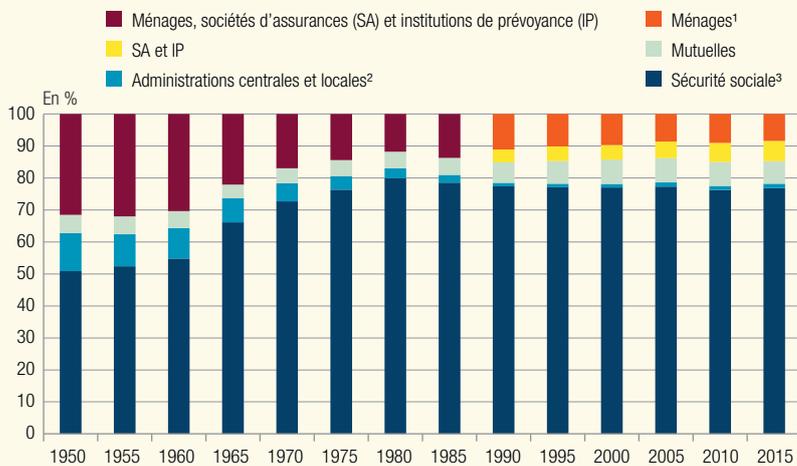
6. Au cours d'une période aussi longue (trente-cinq ans), le différentiel de croissance de 1 point suffit à expliquer la divergence entre les évolutions des parts respectives des soins de ville et des médicaments dans la CSBM.

7. Auparavant, les personnes en ALD étaient exonérées du ticket modérateur pour l'ensemble de leurs dépenses de santé, y compris celles sans lien avec leur ALD.

8. La croissance de la CSBM est peu affectée par un ralentissement du PIB car la situation purement économique n'influence pas fortement la demande de soins et de biens médicaux. Ainsi lorsque le PIB ralentit, la CSBM tend à croître plus vite que le PIB. Il en résulte un accroissement mécanique du ratio CSBM/PIB.

GRAPHIQUE 5

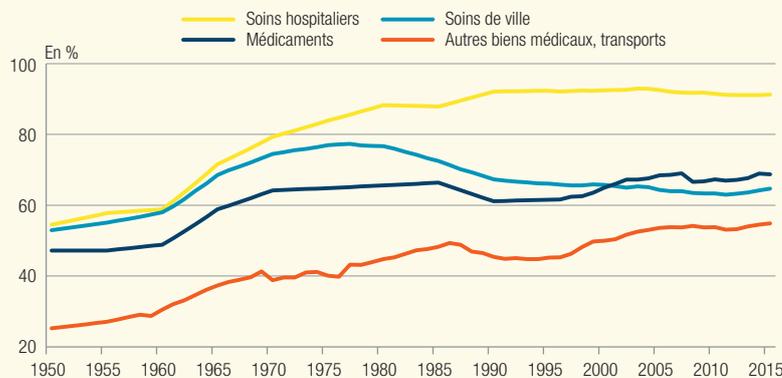
Structure du financement de la consommation de soins et de biens médicaux



1. Le financement des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance n'est connu que depuis 1990. Auparavant, leurs dépenses sont comptabilisées avec celles des ménages.
2. AMG, devenue AMD en 1983, elle-même remplacée par l'AME en 2000 pour les personnes en situation irrégulière ; CMU-complémentaire gérée par les organismes de base ; prestations aux invalides de guerre ; soins urgents.
3. Tous régimes obligatoires, y compris CMU-Base et compléments du régime d'Alsace-Moselle et de la CAMIEG.
Source • DREES, comptes de la santé.

GRAPHIQUE 6

Part de la Sécurité sociale dans le financement des postes de la consommation de soins et de biens médicaux



Source • DREES, comptes de la santé.

progressent au même rythme que l'ensemble, mais en leur sein, les soins des auxiliaires médicaux⁹ sont très dynamiques (+6,3 % par an en moyenne). Enfin, les dépenses d'autres biens médicaux et de transports sanitaires progressent rapidement (+8,4 % par an), stimulées par l'innovation thérapeutique et, surtout en début de période, par l'accroissement des prix (+3,9 % par an entre 1985 et 1995). Ces dernières dépenses représentent ainsi en tout 10 % de la CSBM en 2015.

Forte progression des dépenses de l'assurance-maladie entre 1950 et 1980

L'Assurance maladie, créée en 1946, est encore en phase de maturation en 1950, et le développement de sa couverture se poursuit principalement jusqu'en 1980¹⁰. Ciblant initialement les salariés, la Sécurité sociale couvre alors de plus en plus de ménages : les régimes d'assurance maladie des exploitants agricoles et des indépendants sont créés respectivement en 1961 et en 1966 ; et l'assurance maladie

est élargie à tous les résidents en 1978. La part de la CSBM financée par la Sécurité sociale, qui était de 51 % en 1950, atteint ainsi son point haut (80 %) en 1980 (graphique 5).

Symétriquement, du fait du développement de la Sécurité sociale, la part des dépenses des ménages et celle de l'État¹¹ se réduisent, passant respectivement de 31 % et 12 % en 1950 à 12 % et 3 % en 1980. L'augmentation générale du niveau de vie réduit en particulier le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale gratuite. Entre 1980 et 1990, le financement par l'assurance maladie recule légèrement en raison de mesures de limitation des dépenses, dont le plan Séguin. De plus, la progression dynamique des dépassements d'honoraires¹² et les mesures de relèvement de la participation des assurés entraînent une baisse des niveaux de prise en charge de la dépense par l'assurance maladie pour les soins de ville, et dans une moindre mesure, pour les médicaments (graphique 6).

La part de l'assurance maladie dans la CSBM se stabilise ensuite autour de 77 % jusqu'à 2015, sous la combinaison d'effets contraires. L'augmentation de la proportion de personnes en affection de longue durée (ALD) en raison du vieillissement de la population ainsi que l'expansion des maladies chroniques et leur meilleure prise en charge contribuent à la hausse, tandis que la croissance des dépassements d'honoraires et les mesures visant à maîtriser la dynamique des dépenses de l'assurance maladie favorisent la baisse.

Par ailleurs, les changements dans la consommation de soins et de biens médicaux exercent également une influence sur la structure du financement de la dépense : le développement des autres biens médicaux (poste le moins bien remboursé) entraîne une baisse de la part de la Sécurité sociale dans la dépense, tandis que la progression des soins hospitaliers, des médicaments et biens médicaux les mieux remboursés produit l'effet inverse. Les taux de remboursement moyens des médicaments et de l'agrégat « autres biens médicaux et transports » augmentent respectivement de 7 et 10 points entre 1995 et 2015 (graphique 6). Au cours des années récentes, les soins les mieux remboursés se développent plus rapidement que les

9. Les auxiliaires médicaux regroupent les infirmier-e-s, les masseur-e-s kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les pédicures-podologues.

10. La protection universelle maladie (PUMA) entrée en application le 1^{er} janvier 2016 parachève le processus d'universalisation de l'assurance maladie : toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière y a droit.

11. La part élevée du financement de l'État dans les dépenses hospitalières jusqu'au milieu des années 1980 tient également à la sectorisation psychiatrique, qui n'a été financée par l'assurance maladie, via la dotation globale hospitalière, qu'à partir de 1985.

12. Le secteur à honoraires libres (secteur 2) est créé pour les médecins en 1980.

•••

13. Le seuil d'éligibilité à cette aide a progressivement été relevé de CMU-C+15 % à CMU-C +35 %. Par ailleurs, l'ACS ouvre progressivement droit à des avantages annexes (dispense d'avance de frais, droit aux tarifs médicaux opposables, exonération de participations forfaitaires et franchises médicales, tiers payant intégral, etc.).

14. Source : enquêtes sur la santé et protection sociale (ESPS).

15. En 2014, 62 % des dépenses du régime général d'assurance maladie étaient affectées à la prise en charge de patients en ALD.

16. Notamment à la suite de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005.

17. Elles recouvrent les dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et les soins aux personnes en difficulté sociale.

autres, si bien que la part de l'assurance maladie dans la CSBM tend à progresser de nouveau (+1,0 point entre 2011 et 2015), contrairement à une idée reçue.

La complémentaire santé généralisée a permis une baisse du reste à charge des ménages

Les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) financent aussi une partie de la dépense de santé. Leur part dans la consommation de soins, mesurée depuis 1990, progresse tendanciellement jusqu'au début des années 2010.

Entre les années 1960 et les années 1980, la part de la population couverte par une complémentaire santé progresse de 31 % à 69 %. Néanmoins, au départ, sont couverts essentiellement les salariés des grandes entreprises ou ceux ayant les plus hauts revenus. La complémentaire santé continue de se diffuser progressivement dans la population durant les années 1980 et 1990. Depuis le début des années 2000, les ménages modestes bénéficient d'aides pour accéder à une complémentaire santé : une couverture santé complémentaire gratuite (couverture maladie universelle complémentaire, CMU-C) en 2000, et une aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) pour les ménages dont le revenu est légèrement supérieur au plafond de la CMU-C¹³. La proportion de personnes couvertes par un contrat complémentaire est ainsi passée de 83 % en 1994 à 95 % en 2012¹⁴.

Le financement de la dépense de santé par les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) se développe entre 1990 et 2010, passant de 10,4 % à 13,4 % de la dépense. Entre 2010 et 2015, la part des organismes complémentaires s'érode sous l'effet de plusieurs facteurs, parmi lesquels les mesures de déremboursement des médicaments, la déformation de la structure de consommation de médicaments vers les spécialités les mieux remboursées, ou la limitation de certaines garanties, en particulier l'optique médicale.

Le partage des rôles entre assurances maladie obligatoire et complémentaire

(AMO et AMC) tend à se rapprocher progressivement d'une répartition entre risques « lourds » (soins hospitaliers, soins des affections de longue durée¹⁵) et autres risques. Au sein de l'AMC, l'analyse par poste de dépenses pris en charge est possible depuis 1950 pour les seules mutuelles. Ces dernières financent ainsi pour l'ensemble de la période 2 % à 3 % des soins hospitaliers (graphique 7), poste de dépenses solvabilisé dans une large mesure par l'AMO. En revanche, la part des dépenses de l'AMC dans le financement des autres postes progresse nettement du milieu des années 1960 au milieu des années 1990, sous l'effet de l'augmentation de la population couverte. À partir de la fin des années 1990, la participation de l'AMC dans la dépense de soins de ville est quasiment stable (environ 12,5 %) et diminue en fin de période (11,2 % en 2015) du fait de la limitation des dépassements d'honoraires et de leur possibilité de prise en charge *via* les contrats responsables. Elle recule plus nettement pour les médicaments (de 12,7 % en 1997 à 7,2 % en 2015), en raison, à la fois, de la progression de la part des médicaments remboursés à 100 % et des déremboursements non pris en charge par les mutuelles. En revanche, la part des mutuelles dans le financement des autres biens médicaux et des transports progresse sous l'effet de la baisse du taux de remboursement des autres biens médicaux en 2011 (passage de 65 % à 60 % du tarif opposable).

Elle atteint 15,4 % en 2015, contre 4,1 % en 1974.

Si les prestations versées par les trois types d'organismes complémentaires ont augmenté plus vite que la CSBM au cours des vingt-cinq dernières années, le développement a été plus marqué pour les institutions de prévoyance (+6,5 % par an) et les assurances (+5,3 % par an) que pour les mutuelles (+4,3 % par an). Ces dernières étaient pourtant historiquement prépondérantes, mais les institutions de prévoyance et les assurances gagnent progressivement des parts de marché (Montaut, 2016).

Le développement des organismes complémentaires permet une réduction de 2,1 points du reste à charge des ménages entre 1990 et 2010, dans un contexte de légère érosion de la prise en charge par l'AMO (-1,1 point au cours de la même période). Le recul du reste à charge des ménages entre 2011 et 2015 (-0,8 point) tient en revanche essentiellement à l'amélioration de la prise en charge par l'AMO (+1,0 point).

Depuis 1990, l'État finance moins de 1,5 % de la dépense de santé. Cette part est néanmoins en légère hausse depuis le début des années 2000, en raison du développement de la CMU-C.

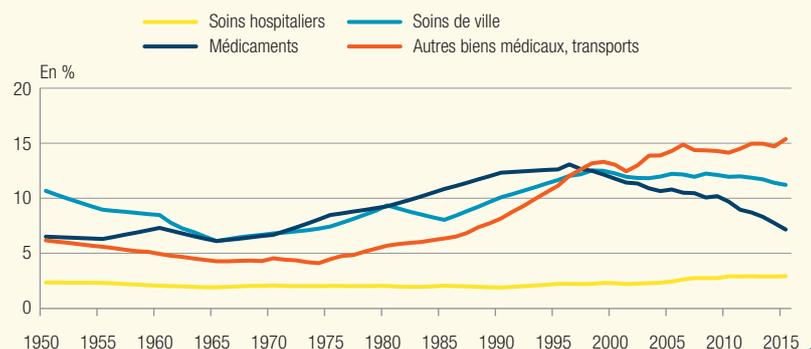
Les soins de longue durée de plus en plus importants dans la dépense courante de santé

Agrégat le plus large des comptes de la santé, la dépense courante de santé (DCS)



GRAPHIQUE 7

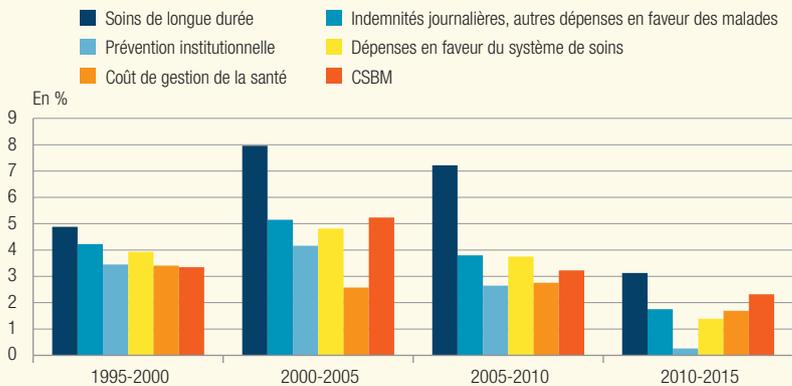
Part des mutuelles dans le financement des postes de la consommation de soins et de biens médicaux



Source : DREES, comptes de la santé.

GRAPHIQUE 8

Taux de croissance annuel moyen des principaux postes de la dépense courante de santé



Note • La DCS a été rétropolée en base 2010 pour la période 1995-2015 uniquement. Certaines composantes de la DCS sont néanmoins disponibles depuis 1970.

Source • DREES, comptes de la santé.

retrace l'ensemble des dépenses « courantes » concernant le système de santé, c'est-à-dire hors dépenses d'investissement. Elle est constituée à 75 % des dépenses de la CSBM ; les évolutions des deux agrégats sont donc par construction étroitement liées. Outre la CSBM, la DCS regroupe les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissements, les services de soins infir-

miers à domicile (SSIAD), les indemnités journalières, les dépenses de prévention institutionnelle, etc. Entre 1995 et 2015, la DCS a progressé de 3,6 % par an, soit un peu plus rapidement que la CSBM (3,5 % par an). Elle représente 12,0 % du PIB en 2015, contre 10,6 % vingt ans plus tôt. Depuis 1995, la plupart des postes de la DCS connaissent une croissance moyenne comprise entre 2 % et 4 % par an. La seule

exception concerne les soins de longue durée, dont la nette expansion (+5,8 % par an) [graphique 8] s'explique largement par le vieillissement de la population et le développement de la prise en charge du handicap¹⁶ (Guibert, 2016). Leur part dans la DCS, qui s'élevait à 5,0 % en 1995, atteint ainsi 7,7 % en 2015. Après les soins de longue durée, les postes les plus dynamiques sont les indemnités journalières pour arrêts de travail, les autres dépenses en faveur des malades¹⁷ (+3,7 % par an) et les dépenses en faveur du système de soins¹⁸ (+3,5 % par an). Les coûts de gestion du système de soins et les dépenses de prévention institutionnelle¹⁹ progressent tous deux de 2,6 % par an.

Très vive entre 1995 et 2005, la croissance de la DCS s'est progressivement modérée à partir du milieu des années 2000 et plus encore depuis 2010, du fait de l'accroissement de la maîtrise des dépenses²⁰ et d'une moindre croissance des prix. Le ralentissement concerne tous les postes, et tout particulièrement la prévention, stable au cours des cinq dernières années. Les soins de longue durée, les indemnités journalières et les dépenses en faveur du système de soins progressent trois fois moins vite entre 2010 et 2015 qu'entre 2000 et 2005.

18. Il s'agit des dépenses pour la recherche médicale et pharmaceutique, pour la formation des professionnels de santé et des subventions au système de soins.

19. La prévention dite « institutionnelle » recouvre les actions financées ou organisées par des fonds et programmes de prévention nationaux ou départementaux.

20. Diverses mesures ont été mises en place à partir de 2010 pour un meilleur suivi et pilotage de l'ONDAM (abaisssement du seuil d'alerte, enrichissement du contenu de l'annexe 7 du PLFSS détaillant la construction de l'ONDAM, instauration de mises en réserves sur le champ des établissements de santé, etc.).

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Annuaire des statistiques sanitaires et sociales**, édition 1987, SESI.
- **Beffy M., Roussel R., Solard J., Mikou M., Ferretti C., Soual H.**, 2016, *Les dépenses de santé en 2015*, Résultats des comptes de la santé, DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- **Bui-Dang-Ha-Doan J.**, 1963, « Recherches socio-démographiques sur les médecins en France ». In *Population*, 18^e année, n° 4, p. 715-734.
- **Guibert G.**, 2016, « La dépense de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux » in *La protection sociale en France et en Europe en 2014 : Résultats des comptes de la protection sociale*, DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, juin.
- **Mahieu R.**, 2002, « Les déterminants des dépenses de santé : une approche macroéconomique », In *Santé, Société et Solidarité*, n° 1, 2002. L'avenir des systèmes de santé en question : France et Québec. p. 79-87.
- **Mikou M., Solard J., Roussel R.**, 2015, « La montée en charge des risques sociaux depuis 1945 », *Vie Sociale*, Érés, n° 10.
- **Montaut A.**, 2016, « Assurances complémentaires santé, les contrats collectifs gagnent du terrain », *Études et Résultats*, DREES, n° 952, février.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Jean-Louis Lhéritier
Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara
Secrétaires de rédaction : Sabine Boulanger et Fabienne Brifault
Composition et mise en pages : T. B.
Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin
Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens
Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr
 Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •
 ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384