

1.1 - La protection sociale en France

Les étapes de la mise en place

On peut faire remonter à la Révolution Française l'expression de **droits fondamentaux** (pour les individus) avec la Déclaration de droits de l'homme et du citoyen de 1789. En revanche sur le plan des droits sociaux, c'est le **contexte économique** du XIX^e siècle, les **lutttes sociales** (mise en place de syndicats, grèves) ainsi que **l'action de groupes de réflexion** préoccupés par l'injustice sociale (partis politiques socialistes, mouvements chrétiens sociaux, artistes réalistes, ...) qui ont conduit au progrès.

Ce n'est qu'après la 2^{de} guerre mondiale que les préoccupations sociales intègrent les textes constitutionnels. Ainsi en 1946, le préambule de la Constitution de la IV^e République mentionne "**des principes sociaux particulièrement nécessaires à notre temps**". En 1958 la V^e République reprend ce préambule (il est donc juridiquement encore en vigueur) et le premier article du texte constitutionnel indique que : "**La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale.**"

Pendant la guerre, la Résistance avait adopté un programme définissant : "Un plan complet de Sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État".

C'est donc dans le **contexte très particulier de 1945** - idéaux de la Résistance, besoin de "reconstruire" la société française déchirée pendant la guerre, situation dominante du Parti communiste qui est un parti ouvrier - que le principe d'une garantie globale contre les risques et les accidents de la vie s'est imposé **comme un droit fondamental** en France.

L'idée était de créer une **protection sociale** fondée sur le principe de la solidarité nationale, et **permettant** à chacun de faire face aux conséquences financières des principaux **risques sociaux** selon ses besoins et non pas selon ses moyens. Ce qui a conduit à la création de la **Sécurité sociale** en 1945 afin de garantir à "*chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes*".

Mais **la France invente un système hybride**, inspiré des deux modèles existants. Trois risques sont pris en charge selon la **philosophie assurantielle** bismarckienne (maladie, vieillesse, accidents du travail). Cette logique d'assurance est conservée pour le risque emploi, cogéré par les partenaires sociaux depuis 1958. En revanche, dès l'origine, le risque famille est pris en charge par l'État selon le **principe de Beveridge** : les allocations familiales touchent une large part de la population dès 1946 et deviennent universelles en 1978.

C'est donc un **système complet, mais pas unifié**. La situation n'est pas tout à fait celle de l'État providence car l'État ne prend pas en charge certains risques.

Celui-ci n'est cependant pas neutre et veille à ce que chaque membre de la communauté nationale accède à un niveau minimum de bien-être. Par la suite l'État a même étendu son périmètre d'intervention avec la mise en place de **minima sociaux** (cf. p. 41). Le chômage et la hausse de la précarité depuis les années 1980 ont poussé l'État à accroître le principe de l'assistance avec le RMI puis le RSA, la prime d'activité, la CMU devenue PUMA, l'encadrement de la loi annuelle de financement de la Sécurité sociale, etc.

Aujourd'hui, le modèle français doit faire face à des transformations importantes qui remettent en question les équilibres passés :

- l'allongement de l'espérance de vie ;
- les mutations profondes du marché du travail et l'essor du travail indépendant ;
- la montée des problèmes sociaux (pauvreté, précarité, exclusion) qui renforcent les besoins de protection sociale ;
- le creusement des inégalités sociales (sociales, géographiques, ...) ;
- le renchérissement du coût des soins ;
- le déficit budgétaire de l'État et son endettement.

L'organisation générale du système de protection sociale français

- **À la Sécurité sociale** revient la couverture de base de 4 risques sociaux :
 - Le risque maladie / maternité / invalidité / décès par la **branche maladie**.
 - Le risque accident du travail et maladies professionnelles : par la **branche accidents et maladies professionnelles**.
 - Le risque vieillesse : par la **branche retraite**.
 - Le risque famille : par la **branche famille**.

NB : l'organisation interne de la Sécurité sociale intègre une 5^e branche chargée du recouvrement des cotisations.

- Un ensemble **d'assurances complémentaires et supplémentaires** apporte un complément de revenu à ce que couvre déjà la Sécurité sociale, ou rembourse des prestations non prises en charge. Pour les retraites des salariés du secteur privé la participation à un régime complémentaire est obligatoire. L'inscription auprès d'une **mutuelle** de santé, de sociétés **d'assurance** ou d'institutions de **prévoyance** vieillesse privées est par contre facultative. Les **mutuelles** sont des groupements à but non lucratif dont les membres cotisent selon leurs moyens et perçoivent selon leurs besoins. Les **institutions de prévoyance** sont également à but non lucratif et couvrent (en complément de la Sécurité sociale) les risques maladie, invalidité, décès ... Les **compagnies d'assurance**, elles, ont un but lucratif (font des bénéfices) et couvrent certains risques à la condition d'avoir des revenus suffisants pour souscrire à un contrat de protection.
- La prise en charge du **risque Emploi** est assurée par **l'UNEDIC** (Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce) qui collecte les fonds versés par les employeurs et les salariés et gère le régime d'assurance-chômage. C'est **Pôle emploi**, guichet unique depuis 2008, qui prend en charge les assurés en demande d'emploi : accueil, orientation, formation, versement des indemnités et placement.
- L'aide aux personnes sans emploi, désocialisées, aux jeunes en danger, aux personnes SDF, bref aux plus démunis est assurée par **l'Aide sociale**, laquelle dépend de l'État et des départements. L'accès à l'aide sociale n'a donc lieu que lorsque les ressources des personnes (revenus et prestations sociales) sont insuffisantes. Ce **risque Pauvreté-exclusion** est essentiellement pris en charge par le revenu de solidarité active (RSA) dont le montant pour une personne seule et sans enfant était de 545,48 € au début de l'année 2018.

On peut aussi intégrer à la **protection sociale** toutes les **actions sociales** à caractère facultatif menées par des organismes publics ou privés (associations, fondations) et qui couvrent des risques complémentaires (logement, alimentation, formation, etc.).

Les **régimes obligatoires d'assurance sociale** (régimes de Sécurité sociale, complémentaires et d'assurance chômage) sont les principaux financeurs de la protection sociale. Ils versent environ 80% des prestations dans les secteurs de la vieillesse (pensions de retraite de base et complémentaire), de la santé, de la famille-maternité et du chômage. Sur les 499 milliards payés en 2010, plus de la moitié l'a été par le régime général de la Sécurité sociale.

La Sécurité sociale

La Sécurité sociale offre une **couverture** pour l'ensemble des français concernant 4 risques sociaux.

Elle est le cœur du système de protection sociale français depuis près de 70 ans et la *"garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes"* selon les termes de l'ordonnance l'instituant en 1945.

Elle occupe une place centrale et **représente encore plus de la moitié des prestations sociales versées aux assurés**. Mais compte tenu de sa situation déficitaire depuis 2002, (vieillesse, hausse du coût des soins, etc.) **plusieurs réformes ont réduit sa part dans la couverture des risques au profit des assurances complémentaires**. La prévoyance individuelle (totalement liée aux revenus des personnes) s'est aussi fortement développée. Enfin la progression de la pauvreté a renforcé le rôle joué par l'Aide sociale.

Les régimes de la sécurité sociale

Les personnes prises en charge pour ces différents risques sont regroupées en régimes, selon leur activité professionnelle :

- **le régime général** concerne la plupart des salariés, les étudiants, les bénéficiaires de certaines prestations et les simples résidents ;
- **les régimes spéciaux** couvrent les salariés qui ne sont pas dans le régime général (fonctionnaires civils et militaires, les salariés des entreprises et établissements publics, les personnels salariés des cultes, ...) ;
- **les régimes des non-salariés non agricoles** concernent les artisans, les commerçants, les professions libérales pour l'assurance vieillesse, le risque "maladie" étant pris en charge de façon commune ;
- **le régime agricole** organise la protection sociale des exploitants et des salariés agricoles. Il dépend du ministère de l'Agriculture.

Le régime général réunit environ 83 % des assurés sociaux. Selon les risques couverts, une série de caisses les prennent en charge.

- Les **risques maladie, maternité, invalidité, décès** et le **risque accident du travail et maladies professionnelles** sont gérés par la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés), une centaine de Cpm (Caisse primaire d'assurance maladie) locales.
- Le **risque vieillesse** (branche retraite) est géré par la Cnavts (Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés) et 16 Carsat (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) locales.
- Le **risque famille** est géré par la CNAF (Caisse nationale des allocations familiales) et 102 Caf (Caisse d'allocations familiales) locales. Elle concerne également les assurés des régimes spéciaux et du RSI mais pas ceux du régime agricole.

Le recouvrement des cotisations est assuré localement par des antennes de l'URSSAF (Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales).

Dans les DROM (Départements et régions d'outre-mer) une caisse unique la CGSS (Caisse générale de Sécurité sociale) gère les différents risques.

Les régimes spéciaux concernent des salariés qui historiquement n'ont pas pu ou n'ont pas souhaité intégrer le régime général (fonctionnaires civils et militaires, salariés des entreprises et établissements publics, personnels salariés des cultes, agents de la SNCF, agents EDF-GDF, ...) soit environ 7 % de la population couverte.

Le régime agricole concerne les exploitants et salariés agricoles ainsi que les professions rattachées, soit environ 5 % de la population couverte. Il est géré par la Mutualité sociale agricole (MSA) qui couvre les risques santé-retraite-famille et constitue le seul guichet unique de la Protection sociale.

Le régime social des indépendants a fonctionné pour les artisans, les commerçants et les professions libérales, soit environ 5 % de la population couverte, jusqu'à la fin de l'année 2017. Depuis lors ce régime a été fusionné **au régime général des salariés** du secteur privé.

Financement et gestion

Le financement de la Sécurité sociale provient :

- **Des cotisations sociales** qui sont calculées en fonction de "*toutes les sommes versées aux travailleurs*". Une part de ces cotisations est à la charge **des salariés**, et l'autre, à la charge **des employeurs**. Elles représentaient 58 % des recettes du régime général en 2012.
- De la **contribution sociale généralisée (CSG)** qui est un prélèvement opéré sur l'ensemble des revenus. Son produit finance les régimes d'assurance maladie, la branche famille et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) notamment. La CSG représentait 20 % des recettes en 2012.
- De différents impôts et taxes : contribution sociale de solidarité des sociétés ; TVA brute sur les tabacs, les produits pharmaceutiques, les alcools, les produits de santé ; prélèvements opérés sur les jeux, concours et paris, etc. Ce financement correspondait à 13 % des recettes en 2012.
- Des transferts (par exemple en provenance de l'État) pour environ 7 %.

La gestion de la Sécurité sociale est assurée par 2 types d'organismes :

- **soit publics** (les 3 caisses nationales du régime général).
- **soit de droit privé non lucratifs à forme mutualiste** (les **CPAM par exemple**), dirigés par des conseils (composés de représentants des salariés et des employeurs) et qui assurent une mission de service public.

L'État a un pouvoir de tutelle sur les caisses nationales et dispose d'un **contrôle de légalité** sur les organismes de droit privé.

Focus : La protection universelle maladie (PUMa), ex-CMU

La couverture maladie universelle (CMU) de base créée en 1999 était un système d'aide sociale qui offrait une affiliation gratuite (ou à coût réduit) au régime général de la Sécurité sociale pour l'assurance maladie aux personnes qui n'en avaient pas.

Elle a été remplacée par la **protection universelle maladie (PUMa)** en janvier 2016 pour **garantir à toute personne qui travaille ou réside en France** de manière stable et régulière **un droit à la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie** sans démarche particulière à accomplir.

Les objectifs du passage à la PUMa sont :

- de **réduire au strict nécessaire** les conditions et **les démarches** requises pour bénéficier d'une protection maladie, autant pour les salariés que pour les personnes sans emploi.
- de **garantir un droit** au remboursement des soins **de manière continue**, sans que les changements familiaux ou la perte d'activité ne signifie une perte de protection sociale.

Pour les personnes salariées aucune durée minimale de cotisation n'est nécessaire, l'exercice d'une activité professionnelle suffit.

Les personnes sans activité professionnelle bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé simplement à la condition d'une résidence stable et régulière en France. De fait **pour les 18 ans et plus** (ou sur demande dès 16 ans ou encore s'ils sont étudiants dans l'enseignement supérieur), **la notion d'ayant droit disparaît**.

Ses avantages sont entre autres :

- que la personne perçoit ses remboursements sur son propre compte bancaire ce qui est une garantie de **confidentialité** ;
- que le bénéfice de la PUMa est personnel et indépendant du conjoint, les **démarches** sont donc **simplifiées** en cas de changement de situation familiale ;
- **qu'en cas de perte d'activité l'assuré conserve le même régime d'assurance maladie** ;
- que **les retraités restent affiliés** au régime dans lequel ils ont ouvert leurs droits ;
- que **la PUMa ne remet pas en cause la CMU Complémentaire**.

Focus : Les acteurs de la protection sociale

En vertu du modèle hybride choisi après-guerre, les acteurs du système de protection sociale sont nombreux :

- **L'État** joue un rôle le plus souvent indirect mais essentiel. D'une part pour le financement au travers des taxes et des subventions, d'autre part pour la tutelle et le contrôle qu'il exerce sur les organismes gestionnaires.
- **Les collectivités territoriales** qui disposent de pouvoirs très élargis avec les lois de décentralisation. Elles jouent un rôle important dans l'hygiène - notamment alimentaire - avec la PMI et en ce qui concerne les personnes dépendantes (handicapées ou âgées).
- **Les centaines d'organismes** de gestion locaux ou nationaux comme la CNAMTS, les CPAM, les CARSAT, etc. dirigés par des représentants des cotisants (salariés et employeurs).
- **Les mutuelles** qui ont pour fonction d'assurer la part complémentaire des dépenses de santé et de gérer des établissements de soins.
- **Le secteur privé** : médecine de ville, professions paramédicales, pharmacie, cliniques privées, EHPAD, laboratoires pharmaceutiques, etc.
- **Les associations** qui souvent complètent l'aide sociale et parfois aussi, même sur le territoire français, assurent des services de soins (associations humanitaires).

Focus : Les minima sociaux

Les minima sociaux sont des niveaux de revenus minimum, que l'État juge nécessaire de garantir à ses citoyens et qui concernent près de 5 millions de personnes. Il en existe 10, classés ici par importance budgétaire décroissante :

- **Le RSA** : le revenu de solidarité active, qui a remplacé en 2009 le revenu minimum d'insertion (RMI), est destiné à toute personne sans revenu ou aux revenus très faibles. 1,8 million de personnes percevaient le RSA socle fin 2016.
- **L'AAH** : allocation adulte handicapé créée en 1975 pour garantir un minimum de ressources aux personnes handicapées.
- **L'ASPA** : allocation de solidarité pour les personnes âgées. Le "minimum vieillesse" créé en 1956 et plusieurs autres allocations ont été regroupées en 2006 dans l'ASPA. Fin 2013, 557 800 personnes touchaient l'ASPA à la condition d'être retraité et touchant moins de 801 euros par mois (ou 1 243 euros pour un couple).
- **L'ASS** : allocation de solidarité spécifique, créée en 1984 et destinée aux chômeurs arrivés en fin de droits. Elle est fixée à 16,25 euros par jour.
- **L'ADA** : allocation pour les demandeurs d'asile ayant déposé une demande d'asile, en attente de l'examen de leur situation. Elle est composée d'un montant forfaitaire journalier, dont le niveau varie en fonction du nombre de personnes composant le foyer (exemple 10,20€/j pour une famille de 2 personnes).
- **L'ASI** : allocation supplémentaire d'invalidité
- **La PTS** : prime transitoire de solidarité créée en juillet 2015 (jusqu'à fin 2017) pour apporter un revenu complémentaire aux seniors ayant suffisamment cotisé pour la retraite, sans avoir atteint l'âge légal pour la toucher mais en fin de droits au chômage.
- **L'ATA** : allocation temporaire d'attente créée en 2006. C'est un revenu temporaire destiné aux personnes en réinsertion.
- **Le Revenu de solidarité d'outre-mer** est une allocation temporaire destinée aux résidents d'outre-mer les moins aisés avant l'âge de la retraite. Fin 2014, 9 842 personnes percevaient ce revenu.
- **L'allocation veuvage** a été rétablie en 2010, elle est destinée aux personnes ayant "assumé les charges familiales de leur foyer", mais se retrouvant sans ressources au décès de leur conjoint, alors qu'elles n'ont pas atteint l'âge de la retraite.

Focus : L'assurance maladie dans le régime général

L'organisation administrative de l'Assurance Maladie du régime général

L'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) négocie les conventions avec les syndicats des professions de santé afin d'établir les taux et le montant des prestations/remboursements. Le directeur de l'UNCAM est aussi celui de la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés).

Localement, les **CPAM** (Caisses primaires d'assurance maladie), ou dans les DROM les CGSS (Caisses générales de sécurité sociale), **versent les prestations** et surveillent les professionnels de santé comme les assurés sociaux.

Tous les 4 ans une Convention d'objectif général est signée et c'est au conseil de la CNAMTS de veiller à son application pour garantir la meilleure gestion possible du risque maladie. Si un gouvernement veut modifier la loi concernant l'Assurance maladie, il consulte ce conseil.

Recettes et dépenses de l'assurance maladie sont **définies par une loi annuelle** : la LFSS (loi de financement de la Sécurité sociale). Les cotisations sont collectées par l'URSSAF). Pour les dépenses, compte tenu de la répétition des déficits, la LFSS fixe en principe des objectifs à ne pas dépasser. Les négociations s'engagent alors avec les représentants de chaque secteur (médecine de ville, établissements de santé, établissement médico-sociaux).

Les prestations de l'Assurance maladie du régime général

Avec la PUMa **toute personne qui travaille ou réside en France** de manière stable et régulière **accède à la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie** sans démarche particulière à accomplir. La PUMa offre une couverture de base, les assurances complémentaires en prennent une autre partie, il peut y avoir un "reste à charge" à payer par l'assuré social. Les prestations sont :

- **soit en nature** par la prise en charge totale ou partielle des frais en cas de maladie (il peut y avoir un reste à charge)
- **soit en espèces** par le versement d'indemnités en cas d'arrêt de travail ou de pensions.

Focus : Qu'est-ce que le "reste à charge" ?

Les dépenses de santé de chaque assuré sont remboursées en partie **par la Sécurité sociale** en fonction d'un barème préétabli. La partie du soin non remboursée se nomme le reste à charge. Il peut être payé **soit par les assurances complémentaires** (en fonction du contrat choisi par chaque assuré), **soit par des assurances supplémentaires, soit par la personne elle-même.**

Les restes à charge sont composés de plusieurs participations financières adoptées progressivement :

- le **ticket modérateur** est la partie des dépenses de santé qui reste à payer une fois que l'Assurance maladie a remboursé sa part. Il s'applique à tous les frais de santé remboursables : consultation chez le médecin, analyse de biologie médicale, examen de radiologie, achat de médicaments prescrits, etc. Dans certaines circonstances (grossesse, accident du travail, ALD, IVG, ...) l'assuré social peut être exonéré du ticket modérateur ;
- le **forfait 18€** est une participation forfaitaire qui remplace le ticket modérateur pour les actes médicaux dépassant un certain tarif ;
- la **franchise médicale** est une somme fixe à payer pour l'achat de certains médicaments ;
- la **participation forfaitaire de 1€** porte sur toutes les consultations médicales, sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale ;
- le **forfait hospitalier** correspond à la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Focus : La protection maladie complémentaire

La protection complémentaire est assurée, soit par le secteur mutualiste, soit par des entreprises, soit par des régimes complémentaires publics, soit directement par l'employeur.

Les **organismes complémentaires d'assurance maladie** sont très variés : organismes publics, mutuelles, assurances, institution de prévoyance, mais leur fonction commune est de rembourser, à titre individuel ou collectif (dans une entreprise ou une association), une partie des frais de santé d'un assuré social, en complément de la sécurité sociale. Cela a représenté 13 % de la consommation de soins et de biens médicaux en 2015.

Les organismes privés

Les mutuelles et groupements mutualistes représentent 59 % du marché de l'assurance complémentaire. Ce sont des organismes privés à but non lucratif qui fonctionnent sur le mode de l'autogestion. Les cotisations ne dépendent ni des caractéristiques individuelles, ni de l'état de santé de la personne. En dehors de la couverture complémentaire, les mutuelles financent des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide. Elles peuvent aussi gérer des risques longs (vieillesse, invalidité, décès).

Les institutions de prévoyance, organismes de droit privé à but non lucratif, ce sont généralement de grandes institutions qui se partagent 17 % du marché de la complémentaire santé. Elles peuvent aussi intervenir pour les retraites, les décès, l'incapacité, l'invalidité, etc.

Les sociétés d'assurance sont des organismes complémentaires à but lucratif. Elles n'ont pas de mission sociale et sont donc exclues des comptes de la protection sociale. Elles traitent 25 % du marché, et les 20 plus grandes ont un chiffre d'affaire santé supérieur à 100 millions d'euros.

Comme les régimes complémentaires reposent sur le principe de la contribution (la personne doit cotiser), les personnes les plus modestes n'en ont pas les moyens. Pour qu'ils puissent malgré tout accéder aux soins, l'État finance un certain nombre de régimes complémentaires publics.

Les régimes complémentaires publics

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) offre la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Ces dépenses sont donc prises en charge à 100 % des tarifs de la sécurité sociale. La CMU-C prend aussi en charge le complément pour les soins dentaires, les lunettes, les prothèses auditives, etc. Il s'agit en fait de la dispense d'avance des frais. Elle est attribuée sur certaines conditions de ressources

L'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) existe depuis 2005 pour corriger les effets de seuil de revenus engendrés par la CMU-C. Elle est réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C. C'est une aide financière pour payer un contrat de complémentaire santé.

L'ACS offre une dispense totale d'avance des frais chez le médecin, permet de bénéficier des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires, dispense des franchises médicales et de la participation forfaitaire de 1 €.

L'Aide médicale d'État (AME) existe pour permettre l'accès aux soins aux personnes étrangères, en France depuis plus de trois mois mais en situation irrégulière. Les soins de maladie, de maternité et le forfait hospitalier sont pris en charge à 100 %. L'aide médicale d'État est accordée pour un an.

Le reste à charge augmente régulièrement avec la multiplication des franchises non remboursables et la volonté des pouvoirs publics de réduire les prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

Aujourd'hui, si 92 % de la population française dispose d'une couverture complémentaire, ce qui est un grand progrès notamment dû à la CMU-C, un ménage modeste sur dix demeure sans prise en charge de la part complémentaire, ce qui est encore un facteur important de renoncement aux soins.

Pour approfondir

Utiliser la page du site **vie-publique.fr** qui renvoie à des **rubriques concernant la protection sociale** en France :

<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/>

Sur le site **securite-sociale.fr**, utiliser la page **Comprendre la Sécurité sociale** :

<http://www.securite-sociale.fr/-Comprendre-la-Securite-sociale-?type=part>

L'École nationale supérieure de sécurité sociale (EN3S) propose sur son site de découvrir la protection sociale et plus particulièrement le service public de sécurité sociale :

<http://www.en3s.fr/comprendre-la-protection-sociale-675/>

Parcourir sur **le site de l'assurance maladie ameli.fr**, l'onglet **Droits et démarches** :

<https://www.ameli.fr/>

Une synthèse de l'IRDES complète et récente (2017) sur **La protection sociale complémentaire en France** :

<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf>